Atena Editora
Ano 2022

GUIA PRÁTICO

TÉCNICAS DE ENFERMAGEM



Júlio César Batista Santana
Bianca Santana Dutra
Karla Rona da Silva
Fernanda Batista Oliveira Santos
Karine Luciano Barcelos
Matheus Medeiros e Melo
(Organizadores)

Atena
Editora
Ano 2022

GUIA PRÁTICO

TÉCNICAS DE ENFERMAGEM



Júlio César Batista Santana
Bianca Santana Dutra
Karla Rona da Silva
Fernanda Batista Oliveira Santos
Karine Luciano Barcelos
Matheus Medeiros e Melo
(Organizadores)

Editora chefe
Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Editora executiva
Natalia Oliveira
Assistente editorial
Flávia Roberta Barão
Bibliotecária
Janaina Ramos
Projeto gráfico
Bruno Oliveira
Camila Alves de Cremo
Luiza Alves Batista
Natália Sandrini de Azevedo
Imagens da capa
iStock
Edição de arte
Luiza Alves Batista

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Guia prático – técnicas de enfermagem

Diagramação: Luiza Alves Batista
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G943 Guia prático – técnicas de enfermagem / Organizadores Júlio César Batista Santana, Bianca Santana Dutra, Karla Rona da Silva, et al. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Outros organizadores
Fernanda Batista Oliveira Santos
Karine Luciano Barcelos
Matheus Medeiros e Melo

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-258-0147-6
DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.476221909

1. Enfermagem. I. Santana, Júlio César Batista (Organizador). II. Dutra, Bianca Santana (Organizadora). III. Silva, Karla Rona da (Organizadora). IV. Título.

CDD 610.73

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

Atena Editora
Ano 2022

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access, desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce,* ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos que contribuíram para a realização desta obra, em especial:

Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Minas gerais;

Departamento de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas gerais;

Curso de Enfermagem do Centro Universitário Unifemm de Sete Lagoas;

Núcleo de Pesquisa em Enfermagem e Saúde da PUC /Minas;

Instituto Professor e Enfermeiro Júlio Santana;

Instituto de Educação Continuada da PUC Minas;

Hospital Municipal Monsenhor Flávio D'Amato;

Pronto Atendimento Caio Lucius Filho;

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Sete Lagoas/Minas Gerais;

Hospital Risoleta Tolentino Neves;

A todos os colaboradores dos capítulos que trabalharam com tanto empenho para assegurar que as novidades desta edição fossem atuais e coerentes com a realidade do nosso cotidiano laboral.

APRESENTAÇÃO

Júlio César Batista Santana

A proposta de escrever esta obra surgiu a partir de uma significativa experiência profissional e de diversas conversas com profissionais da enfermagem ao longo de uma trajetória de 33 anos.

As importantes mudanças que têm ocorrido no âmbito da saúde têm exigido dos profissionais de enfermagem habilidades altamente desenvolvidas de pensamento crítico e raciocínio clínico. Acreditamos que esse foi o momento propício para concretizar tal trabalho.

Reportando à minha trajetória, iniciei minha carreira como profissional de Enfermagem em julho de 1987 e tive a oportunidade de atuar como Enfermeiro assistencial nas mais diversas áreas da saúde: Unidades de Terapia intensiva, Pronto-atendimento, atendimento Pré-hospitalar, Estratégia de Saúde da Família, Centro de Saúde, Clínica Médica e Cirúrgica, Hemodiálise, Pediatria, Berçário e Maternidade, além de atuar como docente nos Cursos de Graduação em Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas gerais e Centro Universitário UNIFEMM de Sete Lagoas.

Estes 33 anos de trabalho perpassam por uma luta constante em prol da profissão de Enfermagem, acredito no valor imensurável desta categoria profissional, que merece todo o nosso reconhecimento, pois lidamos com o CUIDAR em todas as suas dimensões, desde o nascimento até a terminalidade da vida.

Sempre costumo falar aos meus alunos de graduação, pós-graduação e à minha equipe de Enfermagem nos setores que atuei e ainda atuo sobre a importância de prestarmos uma assistência adequada e segura, ressaltando a importância do cuidar de forma coerente com as necessidades reais do paciente.

Assim, neste sentido, o compromisso profissional do Enfermeiro e da sua equipe de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem é fundamental para atingirmos o nosso objetivo: oferecer o melhor possível para o nosso paciente e seus familiares.

Neste contexto, se o Enfermeiro e sua equipe tiverem uma boa bagagem de conhecimento associada a um preparo técnico e científico e souberem transformá-los em ações que permeiam uma assistência segura e qualificada, estaremos avançando na profissão.

Este livro será, sem sombra de dúvida, um precioso instrumento de ajuda aos profissionais, para o aperfeiçoamento técnico-científico dos procedimentos de Enfermagem, associando a técnica com um cuidar humanizado e com os princípios éticos

e legais da profissão, pois a assistência não pode ser vista de forma meramente tecnicista e mecanizada. Portanto, todas as intervenções e procedimentos realizados com o paciente merecem um cuidar holístico.

Pretendemos, com este livro, abrir novos horizontes para refletir a prática da Enfermagem, direcionando para uma assistência qualificada em busca da excelência no atendimento, estimulando as habilidades técnicas, cognitivas e atitudinais.

Juntamente com os nossos colaboradores, conseguimos desenvolver um trabalho que nos proporcionou um grande desafio, pois não é possível realizar uma obra de intervenções e procedimentos de Enfermagem apenas com o olhar de um profissional isolado, por mais competente que este seja. Este é um desafio de uma equipe, de várias experiências de Enfermeiros em seu cotidiano laboral, e a contribuição de todos foi de grande valia para a sua construção e o aprimoramento técnico-científico da profissão.

Propomos, com este livro, direcionar aos Enfermeiros, Técnicos, Auxiliares e Estudantes de Enfermagem a execução das técnicas básicas e especializadas de Enfermagem, com embasamento teórico, baseado nas melhores evidências científicas, buscando padronizar as tarefas rotineiras, possibilitando uma assistência integral e segura, respaldada nos preceitos éticos e legais da profissão.

Almejamos em 41 capítulos, por meio de conteúdo escrito e ilustrativo, a aprendizagem de algumas técnicas básicas e especializadas de Enfermagem, com um texto de fácil compreensão aos leitores.

Sintetizar as intervenções em forma de fluxograma, e com diversas ilustrações dos passos de cada técnica. Ressaltamos a importância das anotações de Enfermagem, como aspecto fundamental para a comunicação entre a equipe, organização do serviço, avaliação da evolução do paciente e transparência na assistência prestada, passos importantes para a Sistematização da Assistência da Enfermagem (SAE).

Esta obra poderá contribuir para o aprimoramento dos profissionais de enfermagem, a partir dos conhecimentos prévios e da busca da prática segura nas intervenções, é possível evitar os erros que podem acarretar as iatrogenias, seja por imprudência, negligência ou imperícia da equipe, atualmente muito discutidos no âmbito da saúde.

Alinhados com as tendências atuais, cada vez mais emergente em oferecer uma assistência segura aos nossos pacientes, propomos um serviço de vanguarda que atenda às necessidades em tempo hábil, com presteza, independentemente do local onde ocorra a assistência à saúde, atendendo a todos os aspectos do cuidar em um contexto biopsicossocial, cultural e espiritual.

Neste contexto, o conhecimento deve ser encarado como algo inesgotável. O saber em Enfermagem vai além da realização de uma intervenção apenas, necessita entender sobre o outro em sua existencialidade, associando cientificidade com respeito ao ser

humano. Este conhecimento, quando visto em equilíbrio pelos profissionais, proporciona a oportunidade de se praticar uma assistência com qualidade técnica e humana, pilares para a construção do cuidar.

Não há a possibilidade, nesse momento, de mencionar todos os profissionais que contribuíram para a realização desta obra, mas agradecemos a todos que direta e indiretamente participaram.

A nossa equipe acredita que este livro irá facilitar o aprendizado e produzir agentes eficazes e seguros, capazes de promover um cuidado de Enfermagem qualificado para os mais diversos pacientes em uma variedade de circunstâncias e ambientes.

Enfim, convidamos a todos a compartilhar na construção do saber em Enfermagem, a buscar paulatinamente um cuidar cada vez mais digno, respeitando todas as diferenças, associando tecnologia com sensibilidade humana, procurando desenvolver um trabalho em equipe envolvendo um diálogo ético entre todos os profissionais: Médicos, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Fisioterapeutas, Biomédicos, Psicólogos, Nutricionistas, Bioquímicos, Farmacêuticos, Fonoaudiólogos, Odontólogos, Terapeutas Ocupacionais, Assistentes Sociais, Agentes Comunitários de Saúde, Agentes de Combate às Endemias, Cuidadores de idosos, com a seguinte missão: CUIDAR COM CONHECIMENTO e DIGNIDADE.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Júlio César Batista Santana

Bianca Santana Dutra

Iago Leonardo Vieira da Silva

Thaís Alexandre de Azevedo

Mariane da Costa Moura

Mariana de Vasconcelos Silva Rocha

CONCEITO

A Agência Nacional de Vigilância de Sanitária (ANVISA, 2012) caracteriza a Higiene de Mãos como medida individual mais simples e menos dispendiosa no que tange ao controle da disseminação de infecção relacionada à assistência à saúde. A prática deverá ser realizada quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue ou outros fluidos corporais; Ao iniciar o turno de trabalho; Antes e após remoção de luvas; Antes e após uso do banheiro; Antes e depois das refeições; Após término do turno de trabalho; Após várias aplicações consecutivas de produto alcoólico para as mãos.

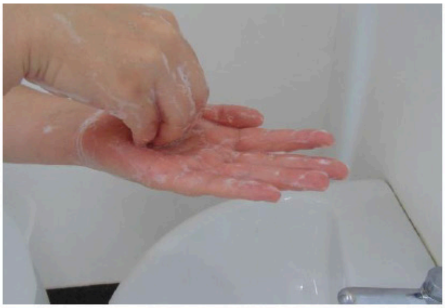
MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Sabonete líquido
- Papel toalha
- Pia com água corrente
- Álcool em gel 70%

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Retirar adornos;
- Prender os cabelos;
- Abrir a torneira com a mão dominante sem encostar na pia, para não contaminar a roupa;
- Molhar as mãos;
- Aplicar sabonete líquido nas mãos;
- Ensaboar as mãos, friccionar toda a superfície da mão, espaços interdigitais, articulações, unhas e extremidades dos dedos;
- Com as mãos em nível baixo, enxaguá-las em água corrente, sem encostá-las na pia, removendo totalmente a espuma e os resíduos de espuma, dos dedos para o cotovelo;
- Secar as mãos com papel toalha descartável. Em caso de torneira com acionamento manual, fechá-la com papel toalha;
- Desprezar o papel toalha na lixeira.


1
2
HIGIENIZE AS MÃOS
SALVE VIDAS
3
4
5
6
7
8



9



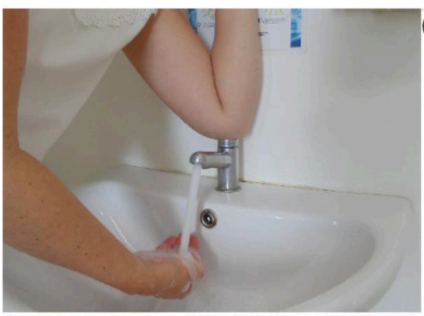
10



11



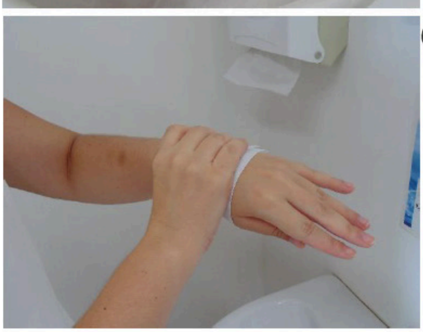
12



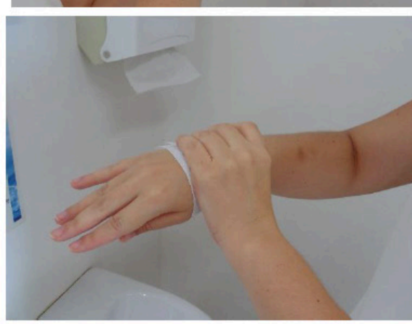
13



14

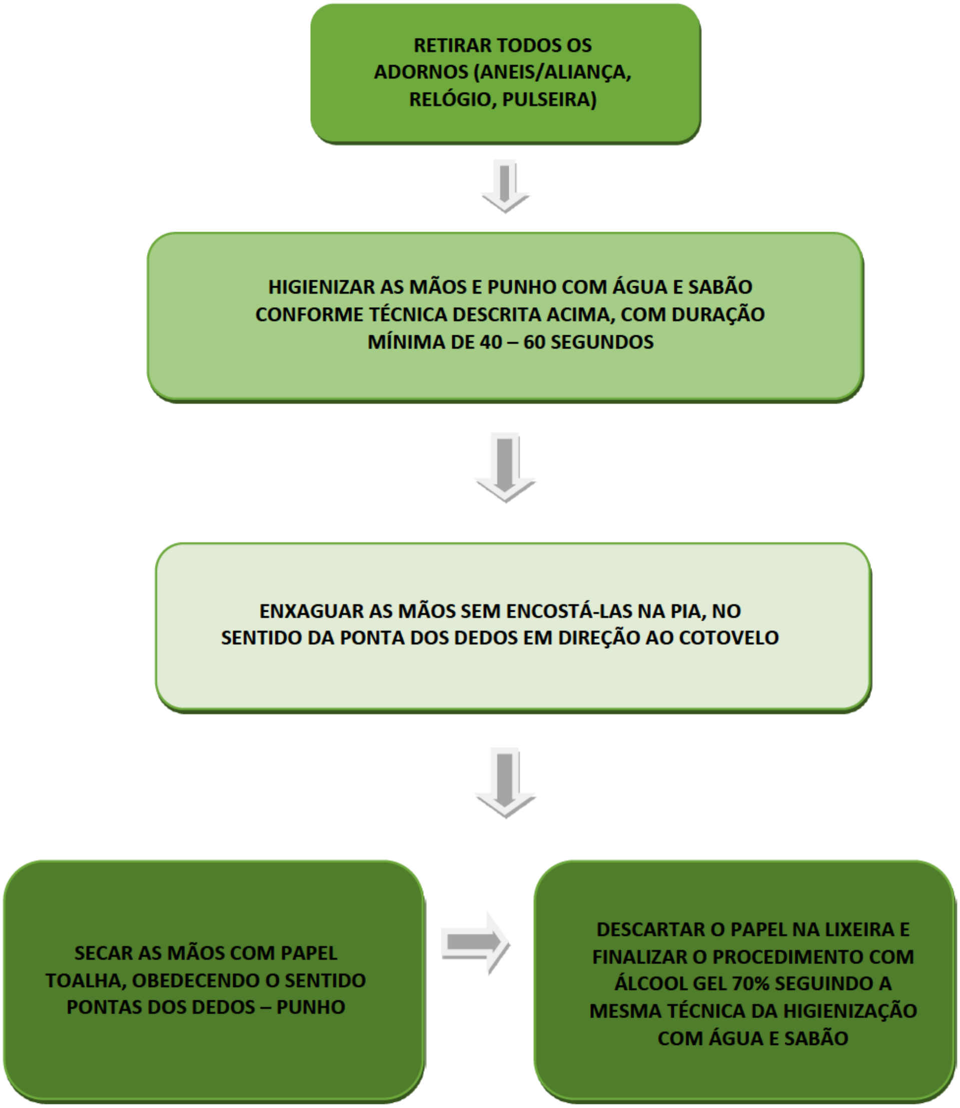


15



16

FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

Brasil. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária Segurança do paciente em serviços de saúde:** limpeza e desinfecção de superfícies/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2012.

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko Ainda, OHNISHI, Mitsuko. **Técnicas Fundamentais De Enfermagem** - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

NETTINA, S. M. **Práticas de Enfermagem**. 10° edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2015. 1854p.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). **Blackbook Enfermagem.** 1ed.Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1

SANTANA, J.C.B, DUTRA, B.S, PEREIRA, HO, SILVA, E.A.M. SILVA, D. C. M. **PROCEDIMENTOS BÁSICOS E ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM: fundamentos para a prática.** Editora: AB Editora. Goiânia. 2011. 328 p.

SANTANA, Júlio César Batista; MELO, C. L. (Org.); DUTRA, Bianca Santana (Org.). **MONITORIZAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA: fundamentação para o cuidado.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. v. 1. 384p.

SANTANA, Júlio Cesar Batista (Org.); DUTRA, Bianca Santana, (Org.); MELO, Clayton Lima (Org.) **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: procedimentos básicos e especializados.** 1. ed. Curitiba: Editora CRV 2018. 726p.

VOLPATO, Andrea Cristine Bersane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

CAPÍTULO 2

TÉCNICA DE CALÇAR E RETIRAR LUVAS ESTÉREIS

Júlio César Batista Santana

Bianca Santana Dutra

Iago Leonardo Vieira da Silva

Kerolly Cristiny Ferreira Malaquias

Marina Almeida Santana

Marcella Faria Santana

Thaís Alexandre de Azevedo

CONCEITO

O uso de luvas para a assistência à saúde tem o intuito de proteger o paciente e o profissional de saúde contra infecções e reduzir a possibilidade de disseminação dos agentes infecciosos. Não obstante a utilização das luvas não descarta a higienização adequada das mãos, tendo em vista que elas podem apresentar algum defeito imperceptível, podem se rasgar acidentalmente e durante a sua remoção o profissional pode se contaminar (SANTANA, 2013; WHO, 2009).

Após realizar o cuidado do paciente as luvas devem ser descartadas em local adequado. Não use um mesmo par de luvas para cuidar de mais de um paciente (WHO, 2009). A decisão de utilizar as luvas ou não deve ser baseada no risco de exposição a fluidos potencialmente contaminados e sangue, entrar em contato com a pele não integra e na legislação vigente.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Luvas estéreis.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Para calçar as luvas:

- Escolher uma luva de tamanho adequado. Luvas menores ou maiores incomodam e dificultam o procedimento;

- Verificar as condições do invólucro

- Retirar os adornos, como pulseiras, relógio, anéis, alianças;

- Lavar as mãos;

- Remover o invólucro externo da embalagem das luvas estéreis sem contaminá-lo, abrindo cuidadosamente as laterais;

- Pegar a embalagem interna e colocá-la sobre uma superfície plana e limpa, segurando apenas na face externa da embalagem;

- Abrir o pacote de luvas sem contaminá-lo posicionando a abertura do envelope para cima e o punho em sua direção (toque somente a parte externa do pacote);

- Enluvar primeiramente a mão dominante. Com a mão não dominante retirar a luva do pacote; com o polegar e os primeiros dois dedos da mão, pegar a borda do punho da

luva da mão dominante; tocar somente a superfície interna da luva. Manter a palma da mão voltada para cima;

- Puxar cuidadosamente a luva sobre a mão dominante, deixando um punho e assegurando-se de que este não se enrole no punho do braço;

- Com a mão dominante enluvada, colocar os dedos suavemente sob a dobra do punho da segunda luva e retira-la da embalagem. Com a palma da mão voltada para cima enluvar a segunda mão;

- Puxar cuidadosamente a segunda luva sobre a mão não dominante;

- Ajustar, externamente, os dedos de ambas as mãos enluvadas;

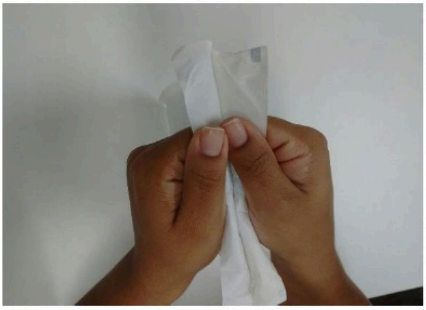
- Se em qualquer etapa do processo ocorrer contaminação deve-se descartar as luvas e realizar o processo com um par de luvas novas.

Para retirar as luvas:

- A parte externa do punho da luva de uma das mãos deve ser segurada pela outra mão ainda enluvada, puxando-a vagarosamente, de modo que fique do lado avesso;

- Os dedos da mão sem luva são postos sob (debaixo) o punho da luva da outra mão, puxando-a e encobrindo a outra luva como se fosse uma trouxinha (o lado externo não deve ser tocado), sendo em seguida descartada em lixo próprio.

- Realizar a higienização das mãos.





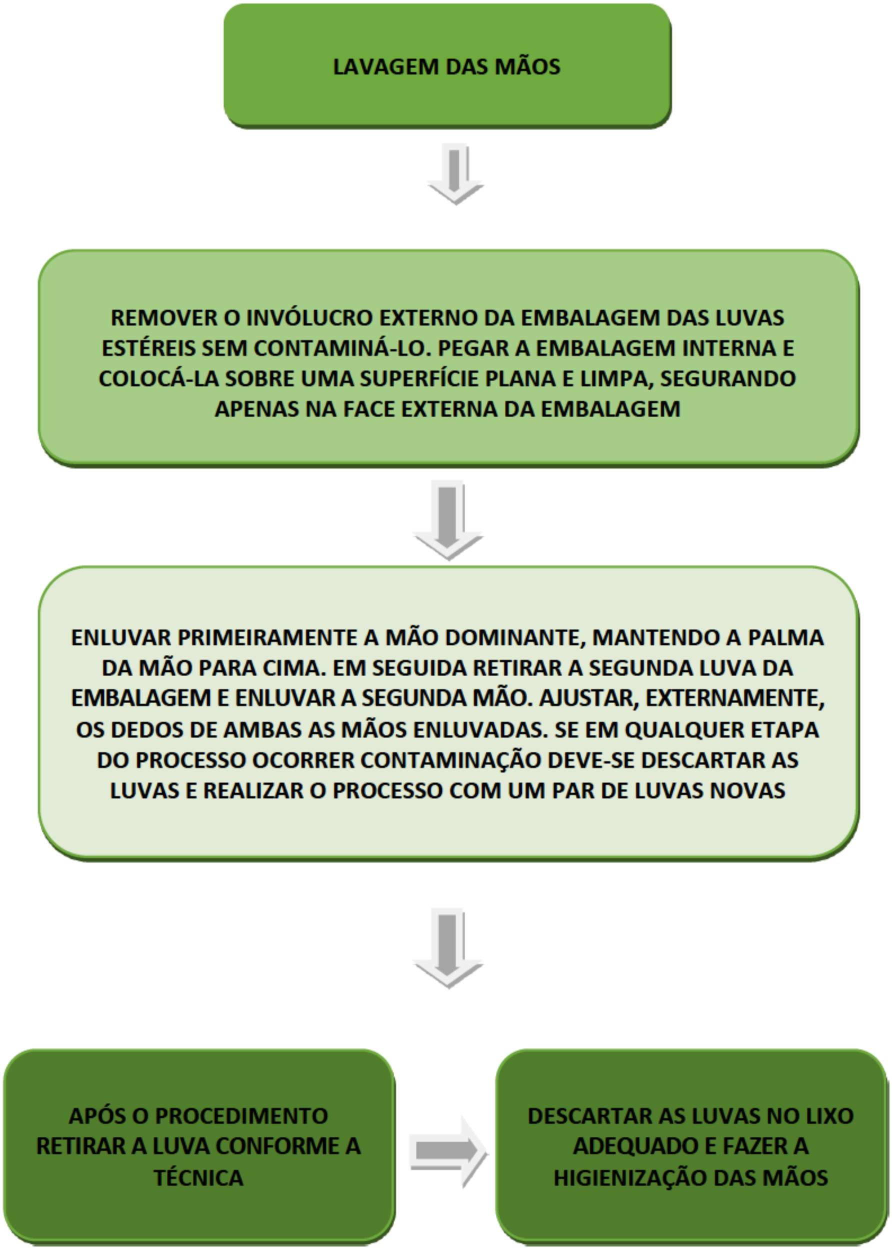






FONTE: Colaboradores.

FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko Ainda, OHNISHI, Mitsuko. **Técnicas Fundamentais De Enfermagem** - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

NETTINA, S. M. **Práticas de Enfermagem**. 10° edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2015. 1854p.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). **Blackbook Enfermagem.** 1ed. Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1

SANTANA, J.C.B, DUTRA, B.S, PEREIRA, HO, SILVA, E.A.M. SILVA, D. C. M. **PROCEDIMENTOS BÁSICOS E ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM: fundamentos para a prática.** Editora: AB Editora. Goiânia. 2011. 328 p.

SANTANA, Júlio César Batista; MELO, C. L. (Org.); DUTRA, Bianca Santana (Org.). **MONITORIZAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA: fundamentação para o cuidado.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. v. 1. 384p.

SANTANA, Júlio Cesar Batista (Org.); DUTRA, Bianca Santana, (Org.); MELO, Clayton Lima (Org.) **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: procedimentos básicos e especializados.** 1. ed. Curitiba: Editora CRV 2018. 726p.

VOLPATO, Andrea Cristine Bersane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

World Health Organization (*WHO). Guidelines on Hand Hygiene in Health Care.* WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Switzerland, 2009. 262p. Disponível em: <https://www.who.int/gpsc/5may/tools/9789241597906/en/>.

CAPÍTULO 3

DESINFECÇÃO CONCORRENTE

Júlio César Batista Santana

Solange Clessêncio Ferreira Diniz

Marco Aurélio de Sousa

Bianca Santana Dutra

Marcella Faria Santana

Júlio César Lopes da Paixão

Thaís Alexandre de Azevedo

CONCEITO

É realizada enquanto o paciente encontra-se nas dependências da instituição e também se trata do procedimento de limpeza realizado, diariamente, em todas as unidades dos estabelecimentos de saúde com a finalidade de limpar e organizar o ambiente, repor os materiais de consumo diário e recolher os resíduos, de acordo com a sua classificação. Ainda, detectando materiais e equipamentos não funcionantes, para solicitação manutenção.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Solução desinfetante;

- Equipamentos de proteção individual (EPIs);

- Panos de limpeza;

- *Hamper* e saco plástico;

- Bacia;

- Compressas;

- Álcool a 70%.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Desinfecção concorrente - Realizada diariamente;

- Lavar as mãos;

- Preparar todo o material;

- Colocar os EPIs (luvas, máscara, óculos de proteção, capote);

- Recolher materiais e equipamentos;

- Realizar a limpeza utilizando movimentos simples, amplos, em um só sentido, do mais limpo para o mais sujo, evitando sujar áreas já limpas;

- Ensaboar e retirar o sabão com pano úmido, trocando a água sempre que estiver suja;

- Iniciar a limpeza pela mesa de cabeceira (tampo, parte interna e externa), mesa de refeição, suporte de soro, escadinha, colchão e cama;

- Desprender a roupa de cama e desprezá-la no *hamper*, evitando movimentos bruscos;

- Afastar a cama da parede, deixando espaço suficiente para a realização da limpeza;

- Travar as rodas da cama;

- Iniciar a limpeza do leito pela parte superior do colchão, da cabeceira para o centro, inclusive as laterais, sempre do mais distante para o mais próximo;

- Continuar a limpeza do colchão, do centro para os pés, inclusive as laterais, sempre do mais distante para o mais próximo;

- Dobrar o colchão ao meio e limpar o estrado iniciando da cabeceira para o centro;

- Elevar o estrado e limpar a sua parte inferior, inclusive espaldar e pés;

- Limpar a parte posterior do colchão, da cabeceira para o centro, e retorná-lo em cima do estrado;

- Dobrar o colchão para o lado contrário e limpar a outra metade do estrado, do centro para os pés segundo a técnica, não se esquecendo da parte inferior do estrado;

- Realizar a limpeza da parte posterior do colchão iniciando do centro para os pés;

- Passar para o lado mais distante;

- Limpar a lateral do leito, grade e pés do leito;

- Após higienização prévia da unidade do paciente (mesa de cabeceira, suporte de soro, mesa de refeição, colchão e cama), friccionar álcool a 70% em sentido unidirecional, em faixas paralelas, iniciando da face superior, laterais e face inferior, deixando secar e repetir a operação por três vezes.

- Encaminhar material utilizado ao expurgo;

- Retirar as luvas e lavar as mãos.





FLUXOGRAMA

LAVAGEM DAS MÃOS, PREPARAÇÃO DO MATERIAL, PARAMENTAÇÃO COM EPI'S E ORGANIZAÇÃO DO SETOR

REALIZAR A LIMPEZA COM ÁGUA E SABÃO OU DETERGENTE. INICIAR A LIMPEZA PELA MESA DE CABECEIRA (TAMPO, PARTE INTERNA E EXTERNA), MESA DE REFEIÇÃO, SUPORTE DE SORO, ESCADINHA, COLCHÃO E CAMA

INICIAR A LIMPEZA DO LEITO PELA PARTE SUPERIOR DO COLCHÃO, DA CABECEIRA PARA O CENTRO, INCLUSIVE AS LATERAIS, SEMPRE DO MAIS DISTANTE PARA O MAIS PRÓXIMO, DEPOIS DO CENTRO PARA OS PÉS, INCLUSIVE AS LATERAIS, SEMPRE DO MAIS DISTANTE PARA O MAIS PRÓXIMO

PASSAR PARA O LADO MAIS DISTANTE E NÃO SE ESQUECER DE LIMPAR A LATERAL DO LEITO, GRADE E PÉS DO LEITO

APÓS HIGIENIZAÇÃO PRÉVIA DA UNIDADE DO PACIENTE, FRICCIONAR ÁLCOOL A 70% EM SENTIDO UNIDIRECIONAL POR TRÊS VEZES

REFERÊNCIAS

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko Ainda, OHNISHI, Mitsuko. **Técnicas Fundamentais De Enfermagem** - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

NETTINA, S. M. **Práticas de Enfermagem**. 10° edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2015. 1854p.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). **Blackbook Enfermagem.** 1ed. Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1

SANTANA, J.C.B, DUTRA, B.S, PEREIRA, HO, SILVA, E.A.M. SILVA, D. C. M. **PROCEDIMENTOS BÁSICOS E ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM: fundamentos para a prática.** Editora: AB Editora. Goiânia. 2011. 328 p.

SANTANA, Júlio César Batista; MELO, C. L. (Org.); DUTRA, Bianca Santana (Org.) . **MONITORIZAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA: fundamentação para o cuidado.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. v. 1. 384p.

SANTANA, Júlio Cesar Batista (Org.); DUTRA, Bianca Santana, (Org.); MELO, Clayton Lima (Org.) **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: procedimentos básicos e especializados.** 1. ed. Curitiba: Editora CRV 2018. 726p.

VOLPATO, Andrea Cristine Bersane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

Brasil. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies/Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** – Brasília: Anvisa, 2012. 118 p. – ISBN 1. Vigilância Sanitária. 2. Saúde Pública. I. Título.

MARTINS, Denyse Luckwü; MAIA, Francisca de Sousa Barreto; DANTAS, Vânia Pessoa de Carvalho. **HIGIENIZAÇÃO HOSPITALAR.** [s. l.]: Ebserh, 2016. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/220250/1649711/POP+higieniza%C3%A7%C3%A3o+hospitalar+PADR%C3%83O+EBSERH.pdf/a1efc390-aab4-4e7d-96ae-97b44872c09f>. Acesso em: 26 fev. 2019.

COREN. Constituição (2013). Parecer nº 029, de 04 de outubro de 2013. Bahia: Dtic/ascom do Cofen, Disponível em: <http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0292013_8133.html>. Acesso em: 26 fev. 2019.

CAPÍTULO 4

DESINFECÇÃO TERMINAL

Júlio César Batista Santana

Solange Clessêncio Ferreira Diniz

Bianca Santana Dutra

Marcella Faria Santana

Marco Aurélio de Sousa

Thaís Alexandre de Azevedo

CONCEITO

É realizada quando o paciente deixa o leito hospitalar, seja após receber alta, transferência ou óbito. A desinfecção terminal além da cama e colchão, engloba pisos, paredes, teto, equipamentos e mobiliários. Para realização desse tipo de desinfecção contamos com a colaboração do setor de higienização do hospital.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Solução desinfetante;
- Equipamentos de proteção individual (EPIs);
- Panos de limpeza;
- *Hamper* e saco plástico;
- Bacia;
- Compressas;
- Álcool 70%.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Reunir o material;
- Colocar os EPIs (luvas, máscara, óculos de proteção, capote);
- Recolher materiais e equipamentos (ambú, máscaras de oxigênio, umidificador, aspirador, comadre, marreco e conexões) e encaminhá-los ao expurgo;
- Desprender a roupa de cama e desprezá-la no *hamper*, evitando movimentos bruscos;
- Afastar a cama da parede, deixando espaço suficiente para a realização da limpeza;
- Iniciar a limpeza do leito pela parte superior do colchão, da cabeceira para o centro, inclusive as laterais, sempre do mais distante para o mais próximo;
- Continuar a limpeza do colchão, do centro para os pés, inclusive as laterais, sempre do mais distante para o mais próximo;
- Dobrar o colchão ao meio e limpar o estrado iniciando da cabeceira para o centro;
- Elevar o estrado e limpar a sua parte inferior, inclusive espaldar e pés;
- Limpar a parte posterior do colchão, da cabeceira para o centro, e retorná-lo em cima do estrado;
- Dobrar o colchão para o lado contrário

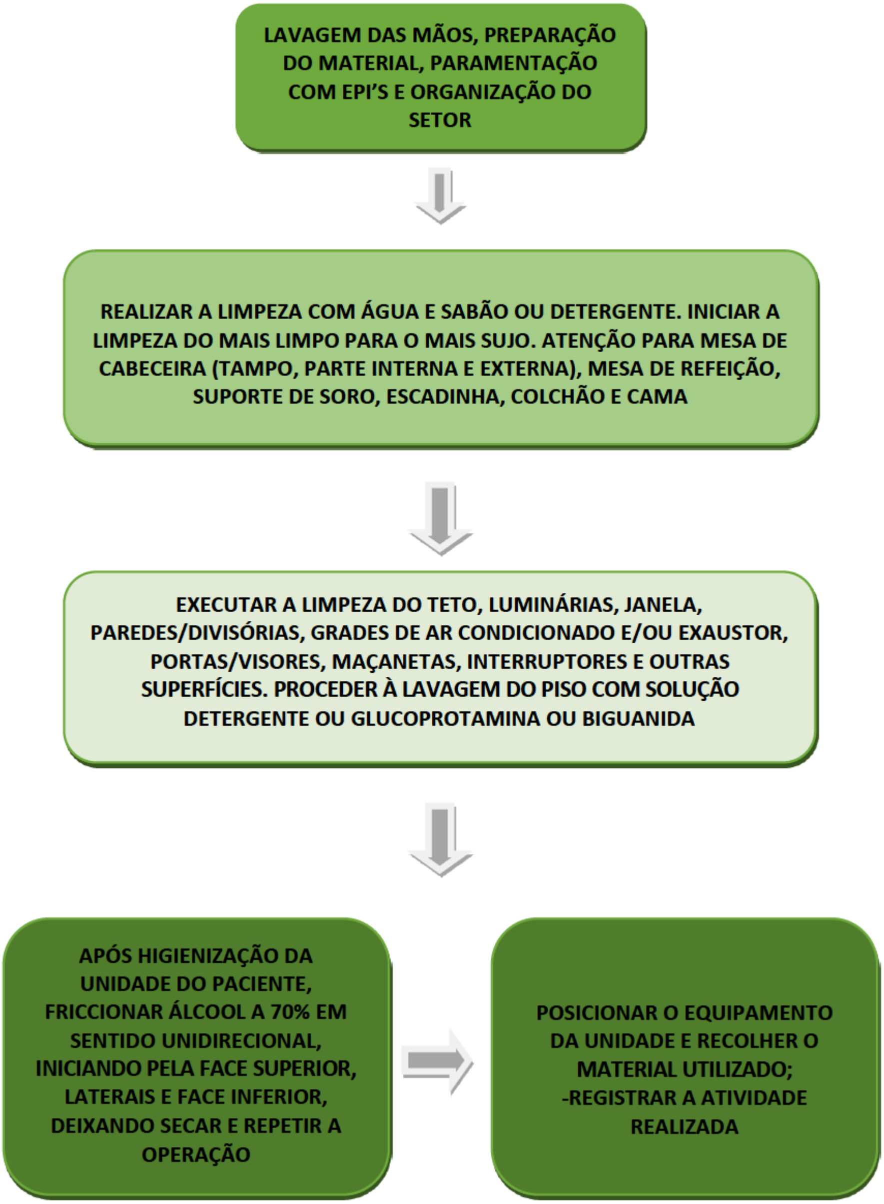
e limpar a outra metade do estrado, do centro para os pés segundo a técnica, não se esquecendo da parte inferior do estrado;

- Realizar a limpeza da parte posterior do colchão iniciando do centro para os pés;
- Passar para o lado mais distante;
- Limpar a lateral do leito, grade e pés do leito;
- Limpar a mesa de cabeceira, suporte de soro, cadeira e escadinha;
- Encaminhar material utilizado ao expurgo;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Identificar a desinfecção do leito (data, horário e assinatura do profissional).






FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko Ainda, OHNISHI, Mitsuko. Técnicas Fundamentais De Enfermagem - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

NETTINA, S. M. Práticas de Enfermagem. 10° edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2015. 1854p.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). Blackbook Enfermagem. 1ed.Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1.

SANTANA, J.C.B, DUTRA, B.S, PEREIRA, HO, SILVA, E.A.M. SILVA, D. C. M. PROCEDIMENTOS BÁSICOS E ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM: fundamentos para a prática. Editora: AB Editora. Goiânia. 2011. 328 p.

SANTANA, Júlio César Batista; MELO, C. L. (Org.); DUTRA, Bianca Santana (Org.). MONITORIZAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA: fundamentação para o cuidado. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. v. 1. 384p.

SANTANA, Júlio Cesar Batista (Org.); DUTRA, Bianca Santana, (Org.); MELO, Clayton Lima (Org.) ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: procedimentos básicos e especializados. 1. ed. Curitiba: Editora CRV 2018. 726p.

VOLPATO, Andrea Cristine Bersane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. Técnicas Básicas de Enfermagem. 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

CAPÍTULO 5

PREPARO DO LEITO FECHADO E ABERTO

Júlio César Batista Santana

Marco Aurélio de Sousa

Bianca Santana Dutra

Carolina Miranda Ramos e Silva

Marcella Faria Santana

Bruno Gonçalves da Silva

Vânia Paula de Carvalho

Thaís Alexandre de Azevedo

CONCEITO

O preparo do leito fechado ou aberto é necessário para proporcionar conforto e segurança ao paciente. Um leito bem preparado pode proporcionar conforto, no sentido de garantir a facilitação do sono/relaxamento, interferindo de forma positiva no funcionamento metabólico. Pode proporcionar segurança no sentido de aliviar áreas de pressões, prevenindo formação de lesões. Denomina-se leito fechado quando o leito está desocupado. Denomina-se leito aberto quando o leito está ocupado por paciente internado e capaz de deambular (OLIVEIRA, 2017).

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Toalhas de papel;
- Preparação líquida alcoólica a 70%;
- Panos de limpeza;
- 3 Lençóis;
- 1 Fronha;
- Luvas de procedimentos;
- 1 Travesseiro;
- 1 Forro impermeável (se necessário);
- 1 Cobertor (se necessário);
- Hamper.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;

- Reunir todo o material e dispor ao lado do leito na seguinte ordem:

- Fronha: dobrada no sentido transversal uma vez;

- Lençol de cima: dobrado no sentido longitudinal duas vezes de modo que, quando colocado sobre a cama, as bordas livres fiquem voltadas para cima e para o centro do colchão. A bainha mais larga do lençol sempre deverá estar voltada para a cabeceira da cama;

- Lençol móvel: dobrado no sentido transversal uma vez e, em seguida, dobrado no sentido longitudinal duas vezes, com a bainha mais larga voltada para dentro, de modo que,

quando colocado sobre a cama, as bordas livres fiquem voltadas para cima e para o centro do colchão e as bainhas voltadas para os pés da cama;

- Lençol de baixo: dobrado da mesma forma que o lençol de cima;

- Calçar as luvas de procedimentos e trocá-las no decorrer do procedimento, se houver necessidade;

- Baixar as grades laterais e afrouxar todas as roupas da cama;

- Dobrar em quatro as roupas de cama que não precisam ser trocadas, como lençóis, cobertores, colchas e organizá-las sobre uma cadeira desocupada;

- Retirar a roupa de cama de modo ordenado, uma a uma, começando pelo lençol de cima, seguido do móvel e por último o lençol de baixo. Depositá-las no hamper e evitar movimentos bruscos;

- Realizar limpeza concorrente no leito do paciente;

- O profissional deve desenvolver toda a técnica de um lado da cama para depois ir para o outro lado;

- Iniciar a arrumação do leito com o lençol de baixo;

- O lençol móvel deverá ser colocado no centro do leito, mantendo-se a dobra transversal;

- Após colocar o lençol de baixo e o móvel, dobrar o lençol de baixo sob a cabeceira do colchão formando uma prega triangular de angulação aproximada de 45º. Repetir o procedimento nos pés da cama. (se o lençol for com elástico, não há necessidade de formar pregas nos cantos);

- Colocar o lençol de cima com a dobra central no meio do leito e o suficiente para ser dobrado sob os pés do colchão, formando a prega triangular nos cantos;

- Caso sejam utilizados colchas ou cobertores, colocá-los sobre o lençol de cima e posteriormente, angular os cantos. Ainda, as bordas superiores de colchas ou cobertores devem ser colocadas cerca de 15 cm abaixo do topo do lençol de cima;

- Colocar o travesseiro sobre a cabeceira do leito com a extremidade aberta voltada para a janela;

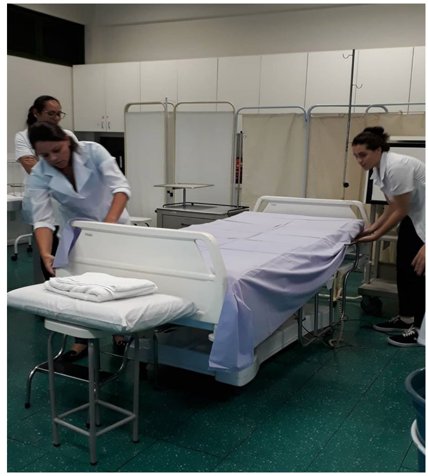
- Caso a altura da cama tenha sido alterada para a arrumação, ajustar a cama para a posição usual;

- Recompor a unidade e encaminhar o hamper ao expurgo;

- Retirar as luvas, desprezando-as no lixo apropriado;

- Higienizar as mãos.









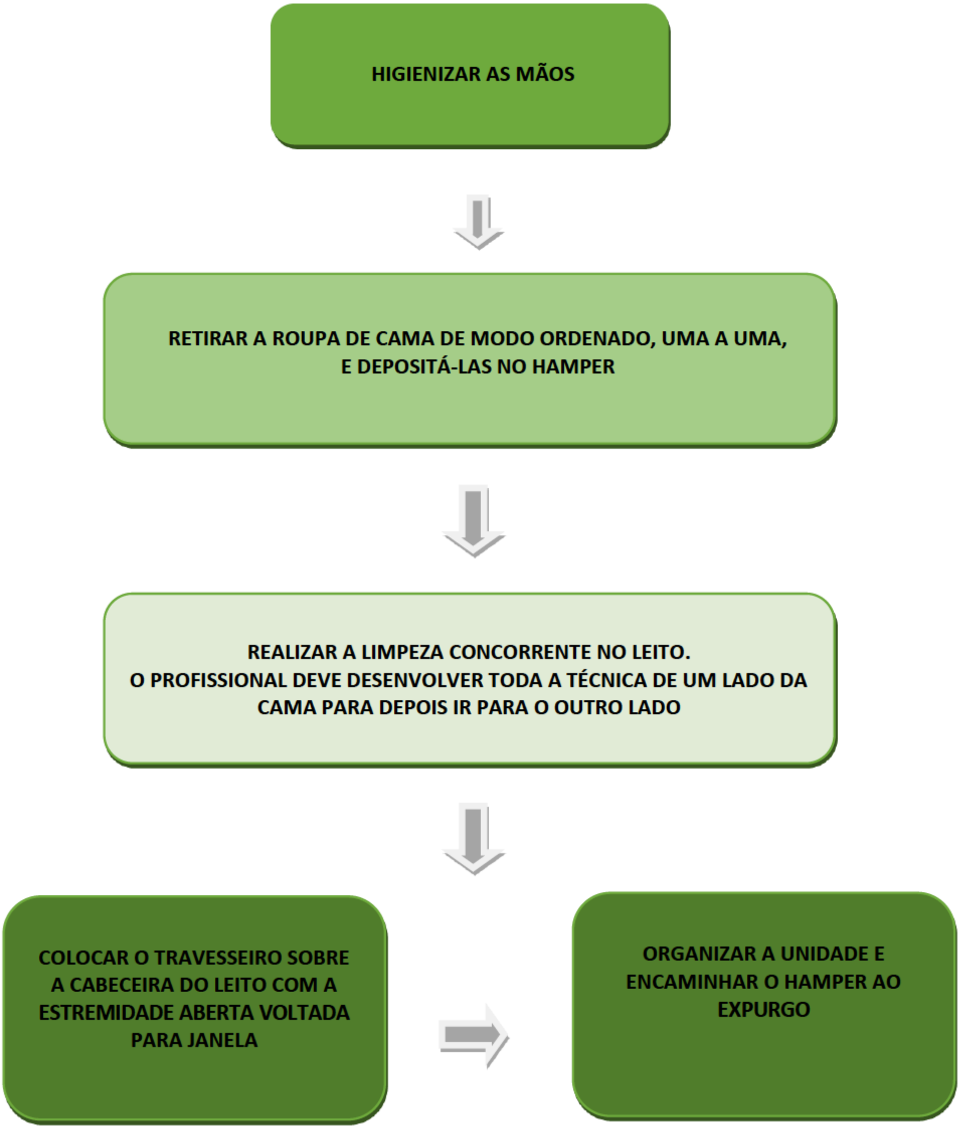
<u>Cama Fechada</u>

<u>Cama Aberta</u>





FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko Ainda, OHNISHI, Mitsuko. **Técnicas Fundamentais De Enfermagem** - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

NETTINA, S. M. **Práticas de Enfermagem**. 10° edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2015. 1854p.

OLIVEIRA, M. C.; MEDEIROS, E. A. G. **Preparo do Leito.** EBSERH. SANTA CATARINA. 2017.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). **Blackbook Enfermagem.** 1ed. Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1

SANTANA, J.C.B, DUTRA, B.S, PEREIRA, HO, SILVA, E.A.M. SILVA, D. C. M. **PROCEDIMENTOS BÁSICOS E ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM: fundamentos para a prática.** Editora: AB Editora. Goiânia. 2011. 328 p.

SANTANA, Júlio Cesar Batista (Org.); DUTRA, Bianca Santana, (Org.); MELO, Clayton Lima (Org.) **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: procedimentos básicos e especializados.** 1. ed. Curitiba: Editora CRV 2018. 726p.

SANTANA, Júlio César Batista; MELO, C. L. (Org.); DUTRA, Bianca Santana (Org.). **MONITORIZAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA: fundamentação para o cuidado.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. v. 1. 384p.

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LEMONE, P. **Fundamentos de Enfermagem. A arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. Artmed, 7º ed., 2014.

VOLPATO, Andrea Cristine Bressane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

QUORA. **What is the difference between open and close bed making?** [Acesso em 2019 Fev13]. Disponível em: https://www.quora.com/What-is-the-difference-between-open-and-close-bed-making. (*fonte da imagem).

CAPÍTULO 6

PREPARO DO LEITO COM O PACIENTE

Júlio César Batista Santana

Bianca Santana Dutra

Marina Almeida Santana

Bruno Gonçalves da Silva

Vânia Paula de Carvalho

Marco Aurélio de Sousa

Thaís Alexandre de Azevedo

CONCEITO

O preparo do leito pela equipe de enfermagem, quer para esperar uma nova internação, quer com o paciente internado, ou ainda, afim de receber paciente que retorna de cirurgias/procedimentos, é necessário para proporcionar conforto e segurança ao paciente. A arrumação da cama quando ocorre com o paciente no leito, deve ser realizada por dois profissionais, no mínimo (TAYLOR, 2014).

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- 1 Travesseiro;

- 2 Lençóis;

- 1 Cobertor (se necessário);

- 1 Fronha;

- 1 Lençol para fralda;

- 1 Rolo para costas (se necessário);

- Camisola ou pijama;

- 1 Forro.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;

- Colocar a roupa na mesa de cabeceira ou na cadeira;

- Explicar o procedimento ao paciente;

- Colocar o hamper próximo à cama;

- Desprender a roupa do leito, do lado do paciente e depois ir soltando do outro lado;

- Colocar o travesseiro sem fronha na mesa de cabeceira;

- Colocar o paciente em decúbito lateral protegido com o lençol de cima e com a grade levantada do lado oposto do profissional;

- Enrolar o forro e o lençol debaixo separadamente, até o meio da cama e sob o corpo do paciente;

- Substituir o lençol de baixo e o forro pela roupa limpa;

- Virar o paciente para o lado com a roupa de cama limpa, nunca o expondo;

- Passar para o lado oposto (levantar a grade do leito do lado oposto do profissional);

- Retirar a roupa usada e esticar bem os lençóis limpos. Prendendo-os e fazendo os

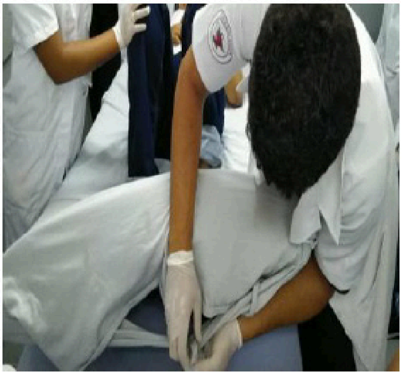
cantos do colchão;

- Colocar a fronha no travesseiro, acomodando no paciente;
- Posicionar o paciente de maneira confortável;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Realizar as a notações no prontuário.

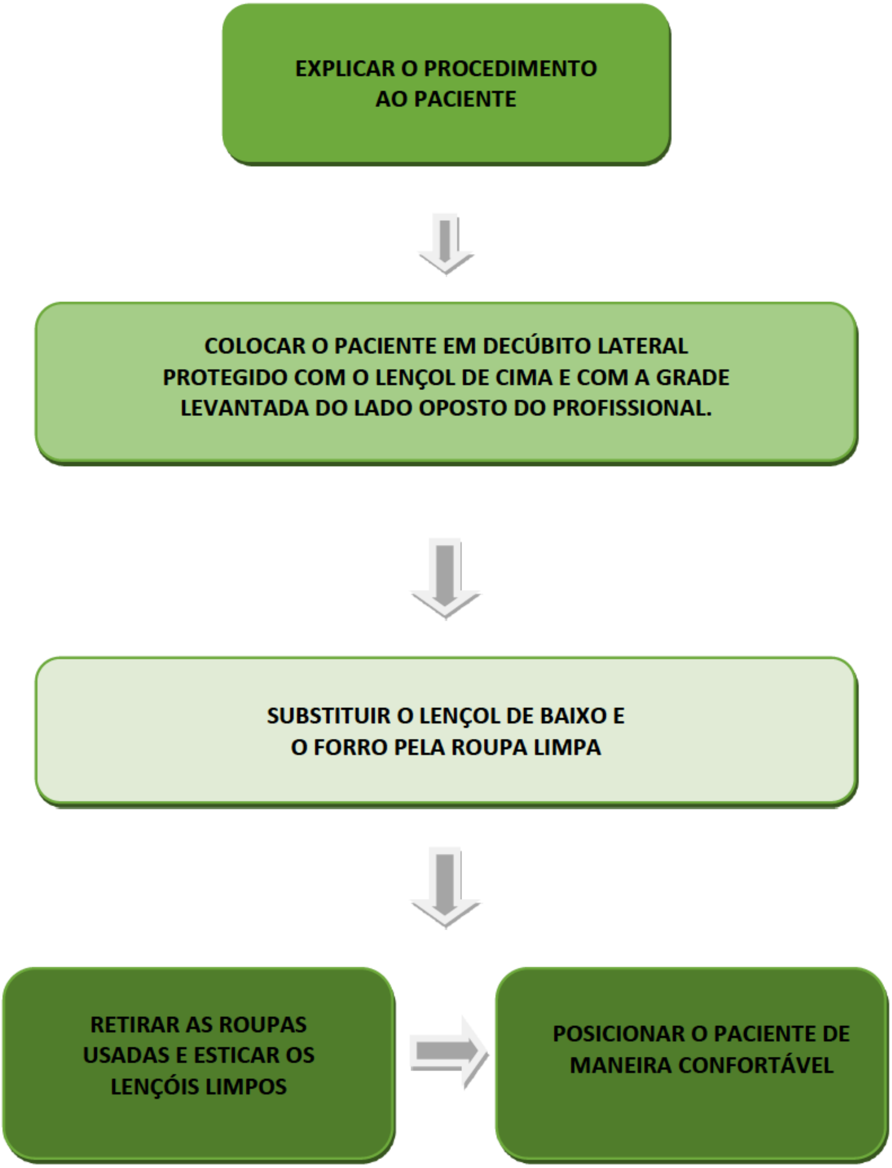








FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko Ainda, OHNISHI, Mitsuko. **Técnicas Fundamentais De Enfermagem** - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

NETTINA, S. M. **Práticas de Enfermagem**. 10° edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2015. 1854p.

OLIVEIRA, M. C.; MEDEIROS, E. A. G. **Preparo do Leito.** EBSERH. SANTA CATARINA. 2017.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). **Blackbook Enfermagem.** 1ed. Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1.

SANTANA, J.C.B, DUTRA, B.S, PEREIRA, HO, SILVA, E.A.M. SILVA, D. C. M. **PROCEDIMENTOS BÁSICOS E ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM: fundamentos para a prática.** Editora: AB Editora. Goiânia. 2011. 328 p.

SANTANA, Júlio Cesar Batista (Org.); DUTRA, Bianca Santana, (Org.); MELO, Clayton Lima (Org.) **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: procedimentos básicos e especializados.** 1. ed. Curitiba: Editora CRV 2018. 726p.

SANTANA, Júlio César Batista; MELO, C. L. (Org.); DUTRA, Bianca Santana (Org.). **MONITORIZAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA: fundamentação para o cuidado.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. v. 1. 384p.

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LEMONE, P. **Fundamentos de Enfermagem. A arte e a ciência do cuidado de enfermagem.** Artmed, 7º ed., 2014.

VOLPATO, Andrea Cristine Bressane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

WIKIHOW STAFF. **How to Change Sheets in an Occupied Bed.** [Acesso em: 2019 Fev13]. Disponível em: https://www.wikihow.com/Change-Sheets-in-an-Occupied-Bed (*Fonte imagem).

CAPÍTULO 7

PREPARO DO LEITO COM O PACIENTE OPERADO

Júlio César Batista Santana

Bianca Santana Dutra

Carolina Miranda Ramos e Silva

Marcella Faria Santana

Bruno Gonçalves da Silva

Vânia de Paula Carvalho

Marco Aurélio de Sousa

Thaís Alexandre de Azevedo

CONCEITO

É o procedimento de enfermagem realizado especialmente para acomodar o paciente em pós-operatório imediato ou após realizar um exame sob anestesia, oferecendo segurança e conforto para o paciente (VOLPATO,2015).

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

Os mesmos utilizados para preparo de uma cama fechada, acrescidos de:

- Forro para cabeceira;

- Lenços de papel ou gaze;

- Bandeja;

- Aparelho de pressão e estetoscópio, termômetro, relógio;

- Bolas de algodão e álcool a 70%;

- Comadre e marreco;

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;

- Reunir o material necessário e levá-lo ao quarto;

- Providenciar a roupa de cama que deverá ser totalmente trocada;

- Dobrar a roupa, colocar na cadeira ou mesa de cabeceira, em ordem de uso;

- Retirar a roupa de cama e fazer a limpeza;

- Colocar o lençol de baixo da mesma maneira que a cama simples;

- Colocar as demais peças sem fazer os cantos;

- Nos pés, dobrar as roupas para cima deixando-as rente ao colchão;

- Enrolar ou dobrar tudo para o lado que melhor se adaptar à entrada do paciente;

- Pode-se também dobrar em forma de leque no sentido da largura;

- Deixar na mesinha só o material necessário para o paciente;

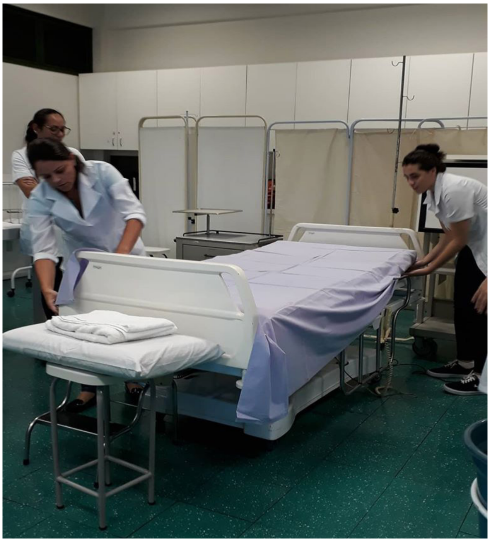
-Dependendo da cirurgia, providenciar frascos de drenagem, oxigênio, aspirador, suporte para soro;

- Deixar os materiais para aferição dos sinais vitais na mesa de cabeceira;

- Deixar na parte debaixo da mesa de cabeceira a comadre e/ou marreco;

- Higienizar as mãos.

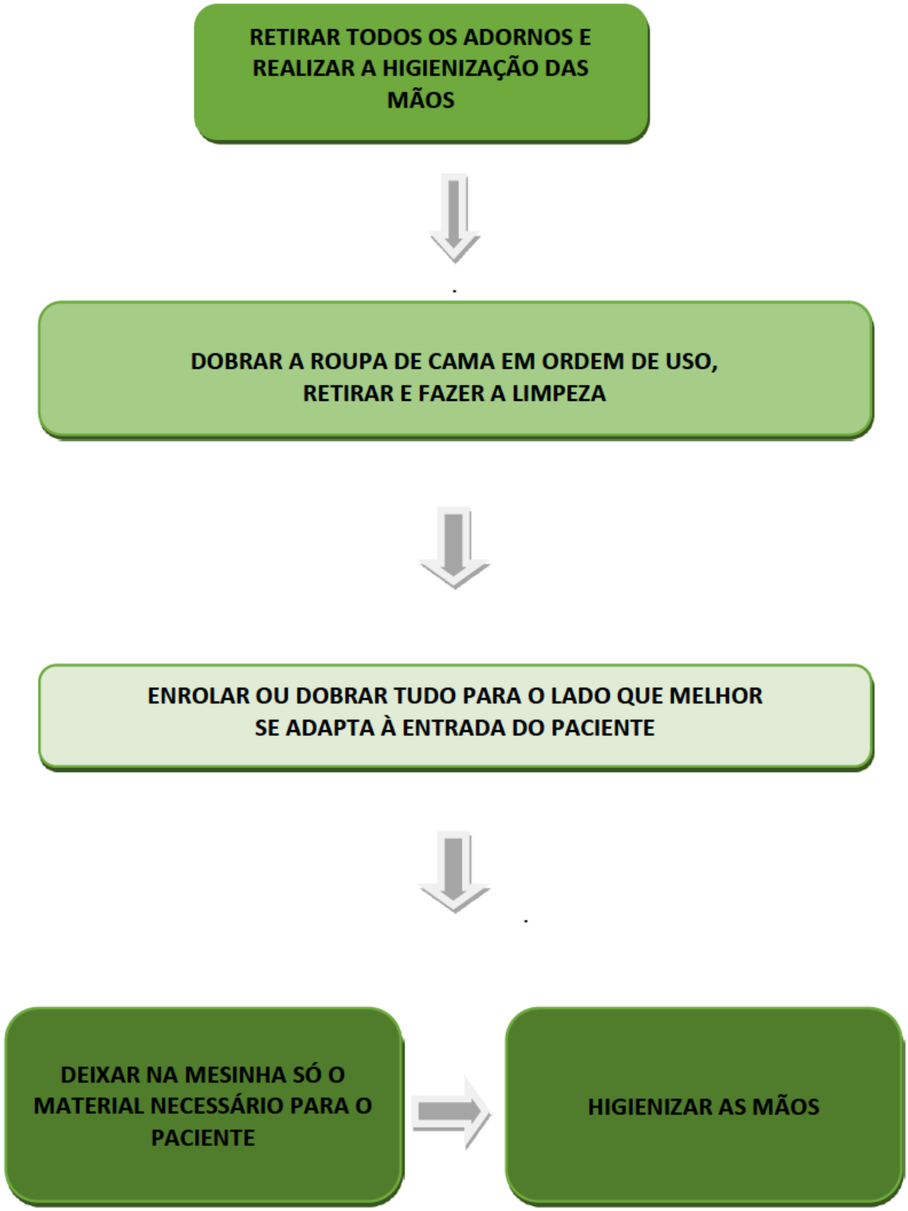








FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

GIOVANI, Arlete M. M. et al. **Procedimentos de Enfermagem.** Editora Manole. São Paulo. 2014. 662p.

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko, OHNISHI, Mitsuko. **Técnicas Fundamentais De Enfermagem** - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

NETTINA, S. M. **Práticas de Enfermagem**. 10° edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2015. 1854p.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). **Blackbook Enfermagem.** 1ed.Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1.

SANTANA, J.C.B, DUTRA, B.S, PEREIRA, HO, SILVA, E.A.M. SILVA, D. C. M. **PROCEDIMENTOS BÁSICOS E ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM: fundamentos para a prática.** Editora: AB Editora. Goiânia. 2011. 328 p.

SANTANA, Júlio César Batista; MELO, C. L. (Org.); DUTRA, Bianca Santana (Org.). **MONITORIZAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA: fundamentação para o cuidado.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. v. 1. 384p.

SANTANA, Júlio Cesar Batista (Org.); DUTRA, Bianca Santana, (Org.); MELO, Clayton Lima (Org.) **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: procedimentos básicos e especializados.** 1. ed. Curitiba: Editora CRV 2018. 726p.

VOLPATO, Andrea Cristine Bressane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

PRAZERES, Lorena. **Arrumação do leito hospitalar e tipos de leitos**. [Acesso em 2019 Fev13]. Disponível em: <http://enfermagemcomamor.com.br/index.php/category/introducao-a-enfermagem/> (*Fonte da imagem).

CAPÍTULO 8
HIGIENIZAÇÃO BUCAL

Júlio César Batista Santana

Solange Clessêncio Ferreira Diniz

Marco Aurélio de Sousa

Bianca Santana Dutra

Marina Almeida Santana

Júlio César Lopes da Paixão

Alsiney Alves de Souza

CONCEITO

Higienização da cavidade bucal e dos dentes do cliente é considerada a melhor forma de prevenção de cáries, gengivite, periodontite e outros problemas na boca, além de ajudar a prevenir o mau - hálito.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- EPI - (luvas de procedimento, máscara cirúrgica, gorro e óculos protetor);

- Espátula envolvida com gazes (3) ou escova de dentes de cerdas macias;

- Creme dental ou solução dentifrícia;

- Solução antisséptica bucal (digluconato de clorexidina 0,12%);

- Toalha de rosto ou compressa de pano limpa;

- Canudo plástico, se necessário;

- Hidratante labial;

- Limpador de língua;

- Lanterna, se necessário;

- Fio dental;

- Copo com água fria;

- Cuba rim;

- Toalha de papel;

Pacientes em ventilação mecânica.

- Seringa de 20 mL com água potável, se necessário;

- Seringa de 20 mL com bico Luer Slip, se necessário;

- Abaixador de língua/ espátula, se necessário;

- Cufômetro, se necessário;

- Sistema de aspiração montado (cateter de aspiração de 10 a 14 french, extensões de látex ou de silicone, frascos redutores de pressão e de coletor intermediário e rede de vácuo), se necessário.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Explicar o procedimento a ser realizado e a sua finalidade ao cliente e/ou familiar, obter o seu consentimento e realizar o exame físico específico, utilizando uma lanterna e abaixador de língua, se necessário;

- Higienizar as mãos e utilizar os EPI’s;

- Avaliar a capacidade do paciente de segurar e manipular a escova de dente;

- Preparar o material ao lado do leito ao alcance fácil;

- Levantar a cama até a posição confortável para o paciente e de acesso fácil ao profissional;

- Colocar a toalha ou compressa sobre o tórax, abaixo do queixo, ou na lateral do rosto;

- Realizar a limpeza das faces interproximais dos dentes (entre os dentes) com o fio dental;

- Auxiliar o paciente a ficar em posição confortável;

- Aplicar o creme dental sobre a escova, preferencialmente sem molhá-la ou umedecer a espátula envolvida com gaze com solução dentifrícia;

- Manter as cerdas da escova em um ângulo de 45° com a linha gengival;

- Escovar as superfícies interna e externa dos dentes, superiores e inferiores, escovando da gengiva até a coroa de cada dente;

- Limpar as superfícies oclusais dos dentes, mantendo o ápice das cerdas em paralelo com os dentes e escovar de forma suave para frente e para trás;

- Escovar a superfície e as laterais da língua ligeiramente para evitar o reflexo do vômito, utilizar o limpador de língua, para remover a saburra, se necessário;

- Permitir que o paciente enxágue a boca completamente e despreze a água na cuba, com utilização do canudo se necessário;

- Repetir a operação, quantas vezes forem necessárias;

- Repetir os passos de enxague, substituindo a água pelo antisséptico bucal, quando prescrito;

- Colocar o cliente em posição confortável, adequada e segura;

- Aplicar hidratante labial;

- Remover todo o material;

- Organizar o ambiente;

- Colocar o cliente em posição confortável, adequada e segura;

- Aplicar hidratante labial;

- Remover todo o material;

- Organizar o ambiente;

- Registrar o procedimento no prontuário descrevendo as condições da cavidade oral e assinar.

Paciente em uso de ventilação mecânica por tubo oro traqueal.

- Verificar se a marca de referência feita na cânula orotraqueal está no nível da comissura labial;

- Aspirar a secreção contida sobre o balonete, conectando uma seringa de 20 mL com bico Luer Slip ao dispositivo de aspiração subglótica da cânula traqueal, quando for o caso;

- Verificar a pressão do balonete (cuff) da cânula de intubação, utilizando o cufômetro. Fazer o ajuste da pressão, se necessário, para que a medida fique 25 cmH2O;

- Abrir a boca do cliente. Remover a cânula orofaríngea (Guedel), quando houver;

- Colocar o cateter de aspiração com a extremidade voltada para a base da língua e abrir a rede de vácuo a uma pressão de 50 mmHg;

- Repetir o processo descrito acima;

- No enxague, injetar a água contida na seringa de 20 mL na cavidade bucal, aspirando-a com o cateter, simultaneamente;

- Pegar uma nova espátula envolvida com gazes, umedece-la com antisséptico bucal e repetir os passos de higienização sem utilização de água;

- Aspirar o resíduo do antisséptico bucal, utilizando o cateter de aspiração;

- Retirar o cateter da cavidade bucal e fechar a rede de vácuo;

- Colocar a cânula orofaríngea, se necessário. Se for utilizar a mesma cânula, lavá-la em água corrente, antes de recolocá-la;

- Colocar o cliente em posição confortável, adequada e segura;

- Aplicar hidratante labial;

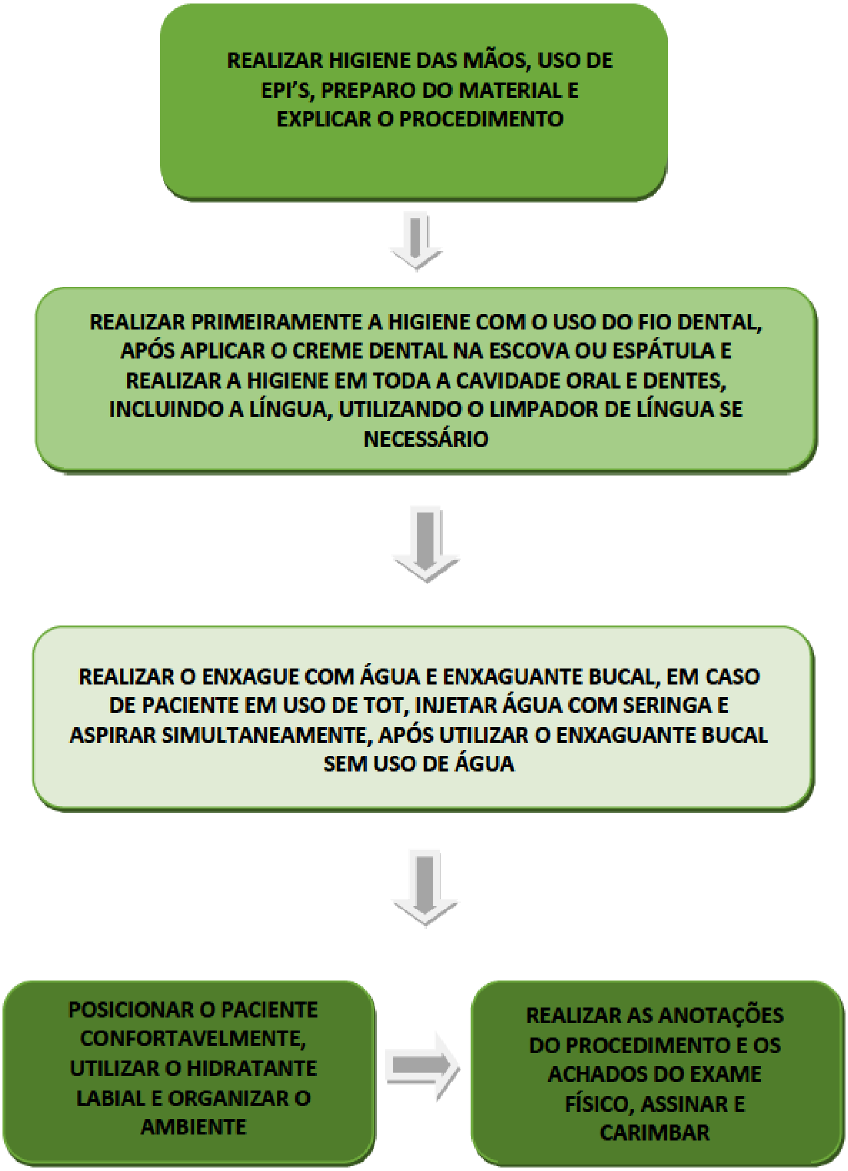
- Remover todo o material;

- Organizar o ambiente;

- Registrar o procedimento no prontuário descrevendo as condições da cavidade oral e assinar.



FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko Ainda, OHNISHI, Mitsuko. Técnicas Fundamentais De Enfermagem - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

NETTINA, S. M. Práticas de Enfermagem. 10° edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2015. 1854p.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). Blackbook Enfermagem. 1ed.Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1

SANTANA, J.C.B, DUTRA, B.S, PEREIRA, HO, SILVA, E.A.M. SILVA, D. C. M. PROCEDIMENTOS BÁSICOS E ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM: fundamentos para a prática. Editora: AB Editora. Goiânia. 2011. 328 p.

SANTANA, Júlio César Batista; MELO, C. L. (Org.); DUTRA, Bianca Santana (Org.). MONITORIZAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA: fundamentação para o cuidado. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. v. 1. 384p.

SANTANA, Júlio Cesar Batista (Org.); DUTRA, Bianca Santana, (Org.); MELO, Clayton Lima (Org.) ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: procedimentos básicos e especializados. 1. ed. Curitiba: Editora CRV 2018. 726p.

STACCIARINI, Thaís Santos Guerra. Procedimento Operacional Padrão Higiene Bucal. **Ebserh**, [s. l], v. 1, n. 1, p.1-6, jul. 2010. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/pop+higiene+bucal.pdf/35812326-8cf2-4d56-a5db-4dff59bfeb22>. Acesso em: 05 mar. 2019.

VOLPATO, Andrea Cristine Bersane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. Técnicas Básicas de Enfermagem. 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

CAPÍTULO 9

BANHO DE ASPERSÃO

Júlio César Batista Santana

Solange Clessêncio Ferreira Diniz

Marco Aurélio de Sousa

Bianca Santana Dutra

Marcella Faria Santana

Alsiney Alves de Souza

CONCEITO

É o método utilizado para promover a higienização total ou parcial do corpo do paciente por meio do chuveiro e com o auxílio de um profissional de enfermagem. No momento desse banho pode-se observar o estado geral do paciente, bem como é possível visualizar alterações na pele. Também promove o relaxamento muscular, proporcionando conforto físico e mental.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Toalha de rosto;

- Toalha de banho;

- Sabão;

- Itens de toalete, de acordo com os costumes do paciente (shampoo, condicionador, desodorante, talco, creme hidratante);

- Camisola ou pijama limpo;

- Roupa de cama completa limpa;

- Luvas de procedimento.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;

- Avaliar as condições do paciente, tolerância ao procedimento e os sinais vitais;

- Rever a prescrição quanto à mobilização do paciente e deslocamento do leito;

- Solicitar permissão e explicar o procedimento ao paciente antes de realizá-lo;

- Verificar a necessidade da utilização de cadeira de banho;

- Ajudar o paciente a deslocar-se até o local, se necessário;

- Calçar luvas;

- Retirar as roupas do paciente ou auxiliá-lo quando necessário;

- Solicitar a utilização das barras de segurança;

- Proceder à higiene no sentido da cabeça aos pés, sendo que a higiene oral pode ser realizada isoladamente do banho;

- Ajudar o paciente a sair do chuveiro quando necessário e a se secar;

- Vestir roupas limpas;

- Direcionar o paciente até um local de repouso;

- Recompor a unidade;
- Lavar as mãos;
- Registrar no prontuário do paciente.





FLUXOGRAMA

AVALIAR CONDIÇÕES DO PACIENTE, TOLERÂNCIA AO PROCEDIMENTO E SINAIS VITAIS;
VERIFICAR NECESSIDADE DO USO DE CADEIRA DE BANHO

↓

RETIRAR AS ROUPAS DO PACIENTE OU AUXILIÁ-LO QUANDO NECESSÁRIO;
SOLICITAR A UTILIZAÇÃO DAS BARRAS DE SEGURANÇA;
PROCEDER À HIGIENE NO SENTIDO DA CABEÇA AOS PÉS

↓

AUXILIAR O PACIENTE A SE VESTIR E DIRECIONÁ-LO AO SEU LEITO;
RECOMPOR A UNIDADE DO PACIENTE

→

REALIZAR O REGISTRO NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

REFERÊNCIAS

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko Ainda, OHNISHI, Mitsuko. **Técnicas Fundamentais De Enfermagem** - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

NETTINA, S. M. **Práticas de Enfermagem**. 10° edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2015. 1854p.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). **Blackbook Enfermagem.** 1ed.Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1

SANTANA, J.C.B, DUTRA, B.S, PEREIRA, HO, SILVA, E.A.M. SILVA, D. C. M. **PROCEDIMENTOS BÁSICOS E ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM: fundamentos para a prática.** Editora: AB Editora. Goiânia. 2011. 328 p.

SANTANA, Júlio César Batista; MELO, C. L. (Org.); DUTRA, Bianca Santana (Org.) . **MONITORIZAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA: fundamentação para o cuidado.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. v. 1. 384p.

SANTANA, Júlio Cesar Batista (Org.); DUTRA, Bianca Santana, (Org.); MELO, Clayton Lima (Org.) **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: procedimentos básicos e especializados.** 1. ed. Curitiba: Editora CRV 2018. 726p.

VOLPATO, Andrea Cristine Bersane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

CAPÍTULO 10

HIGIENIZAÇÃO NO LEITO

Júlio César Batista Santana

Solange Clessêncio Ferreira Diniz

Bianca Santana Dutra

Carolina Miranda Ramos e Silva

Marcella Faria Santana

Alsiney Alves de Souza

CONCEITO

O banho no leito é o procedimento de enfermagem para a higiene corporal de pacientes acamados, que visa a remoção de sujidades e odores, bem como a estimulação da circulação, com remoção de células mortas e microrganismos, proporcionando conforto e bem-estar (SILVA, 2016).

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Biombo, se necessário;

-Três panos de higiene descartáveis (um para lavar, outro para enxaguar, e um para higiene íntima, no mínimo.);

- Kit de roupa contendo três lençóis e uma fronha;

-Toalha de rosto e de banho;

- Sabão líquido;

- Itens de toalete, de acordo com os costumes do paciente (desodorante, sabonete, creme hidratante);

- Camisola ou pijama limpo;

- Luvas de procedimento;

- Bacias;

- Hamper;

- Jarro com água morna;

- Comadre e/ou marreco;

- Compressa ou gaze;

- Material para desinfecção concorrente;

- Material para higiene íntima;

- Material para higiene oral.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Avaliar as condições clínicas e tolerância do paciente ao procedimento;

- Rever as prescrições quanto à mobilização do paciente para posicionamento na cama para realização do banho;

- Solicitar permissão e explicar o procedimento antes de realizá-lo;

- Verificar as condições de ventilação, temperatura e iluminação do ambiente;

- Higienizar as mãos;

- Separar todo o material antes de iniciar o procedimento;

- Calçar luvas;

- Verificar a necessidade de utilização de biombo para manter a privacidade do paciente;

- Desocupar a mesa de cabeceira para ser utilizada no procedimento;

- Separar um lençol que possa ser utilizado para cobrir as partes do corpo do paciente que não estiverem sendo limpas no momento;

- Soltar a roupa de cama;

- Realizar a higiene oral;

- Remover a camisola ou pijama do paciente, prestando atenção na presença de acesso venoso ou outros dispositivos que possam ser removidos com uma manobra brusca;

- Antes de iniciar a limpeza de uma forma geral, deve-se observar a presença de fezes e urina e realizar a limpeza dessa área para evitar que suje as demais;

- Iniciar a limpeza pelo rosto, utilizando a compressa ou gaze para ensaboar o paciente e outra limpa e umedecida em água para remover o sabão. Se for possível, despejar quantidade moderada de água para o enxágue, pois o resultado e sensação de conforto do paciente serão maiores. Realizar a limpeza dos olhos, ouvidos e nariz de maneira sensível, sem causar lesões e desconforto. Secar em seguida;

- Continuar a limpeza pelos antebraços, braços, ombros e por último as axilas;

- Lavar as mãos do paciente;

- Dar continuidade com a higiene do pescoço, tórax e abdome;

- Realizar a higiene das pernas, iniciando pela coxa anterior e lateral até os joelhos, pernas e pés;

- Trocar as luvas;

- Realizar higiene íntima;

- Trocar novamente as luvas;

- Posicionar o paciente de forma adequada, em decúbito lateral;

- Ensaboar, enxaguar e secar as costas, coxa posterior, glúteos e interglúteos (região perianal);

- Utilizar hidratante massageando as costas e glúteos, no sentido do retorno venoso;

- Após conferir a secagem de todo o corpo, trocar a roupa de cama, realizando a desinfecção concorrente do leito;

- Vestir o paciente;

- Realizar cuidados habituais do paciente, com relação ao uso de itens de toalete. Utilizar hidratante nas demais partes do corpo;

- Organizar o ambiente;

- Lavar as mãos;

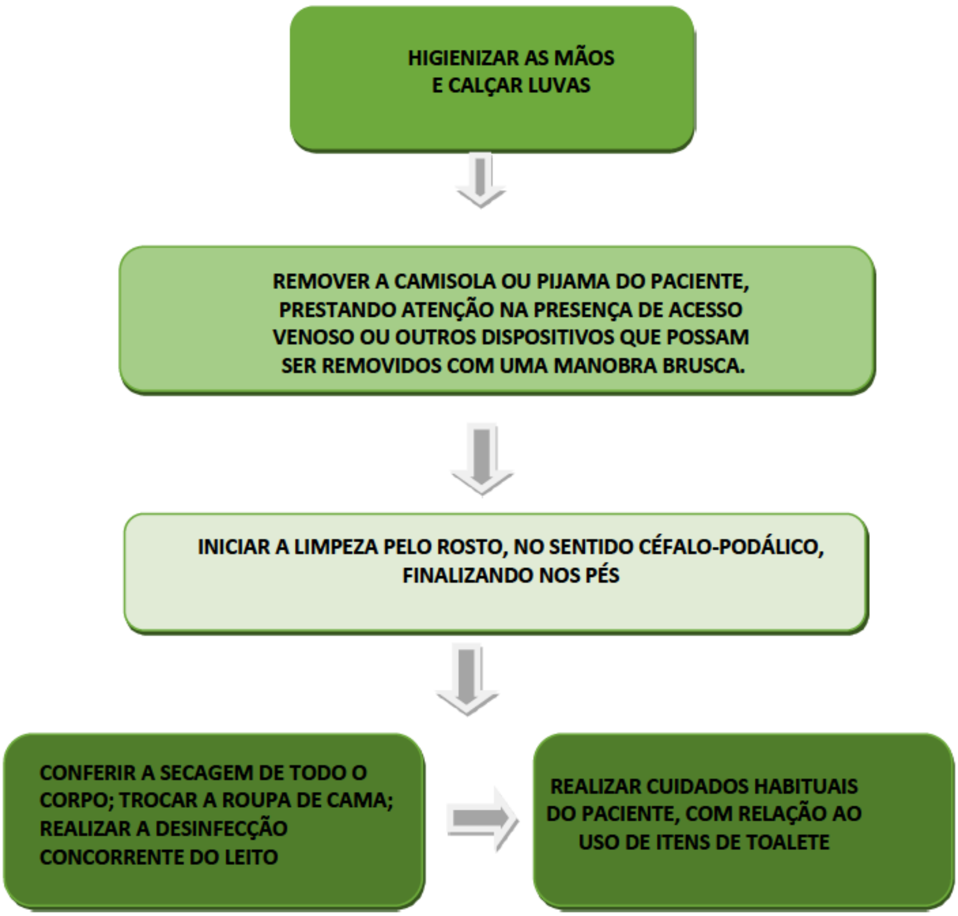
- Registrar o procedimento no prontuário.







FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

GIOVANI, Arlete M. M. et al. **Procedimentos de Enfermagem.** Editora Manole. São Paulo. 2014. 662p.

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko Ainda, OHNISHI, Mitsuko. **Técnicas Fundamentais De Enfermagem** - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

NETTINA, S. M. **Práticas de Enfermagem**. 10° edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2015. 1854p.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). **Blackbook Enfermagem.** 1ed.Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1

SANTANA, J.C.B, DUTRA, B.S, PEREIRA, HO, SILVA, E.A.M. SILVA, D. C. M. **PROCEDIMENTOS BÁSICOS E ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM: fundamentos para a prática.** Editora: AB Editora. Goiânia. 2011. 328 p.

SANTANA, Júlio Cesar Batista (Org.); DUTRA, Bianca Santana, (Org.); MELO, Clayton Lima (Org.) **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: procedimentos básicos e especializados.** 1. ed. Curitiba: Editora CRV 2018. 726p.

SANTANA, Júlio César Batista; MELO, C. L. (Org.); DUTRA, Bianca Santana (Org.). **MONITORIZAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA: fundamentação para o cuidado.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. v. 1. 384p.

SILVA, R. M. B., INOUE, K. C. **BANHO INTERVENCIONISTA NO LEITO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.** REV. UNINGÁ. 2016. Vol.47(2), p.42-45.

VOLPATO, Andrea Cristine Bersane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

CAPÍTULO 11

VERIFICAÇÃO SINAIS VITAIS

Júlio César Batista Santana

Mucio Eduardo Da Silva Junior

Bianca Santana Dutra

Marcella Faria Santana

Alsiney Alves de Souza

CONCEITO

Sinais Vitais são indicadores das funções vitais do corpo humano e podem orientar o diagnóstico inicial e o acompanhamento da evolução do quadro clinico do paciente. São eles: temperatura, pulso, respiração e pressão arterial. A dor é considerada atualmente como o sinal vital.

MATERIAIS NECESSÁRIOS E EQUIPAMENTOS

- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Termômetro de mercúrio /digital;
- Relógio com ponteiro de segundos;
- Canetas;
- Algodão;
- Almotolia com álcool a 70%;
- Escala de mensuração de intensidade ou gravidade da dor.
- Bandeja.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Aferição da temperatura axilar

- Verificar a prescrição médica/ enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Preparar todo material;
- Calçar luvas de procedimento;
- Informar o procedimento ao paciente;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Secar a axila do paciente, para evitar interferência no resultado obtido.
- Colocar o termômetro na região axilar, deixando-o em contato com a pele e a mão/ antebraço do paciente sobre o tórax;
- Deixar o termômetro durante cinco minutos na axila do paciente;
- Retirar o termômetro segurando-o pelo pedúnculo
- Fazer a leitura na altura dos olhos;
- Realizar a desinfecção do termômetro com algodão embebido em álcool no sentido pedúnculo ao bulbo;
- Deixar a unidade organizada;
- Anotar o valor da aferição no prontuário

do paciente e assinar;

- Informar alterações ao médico/enfermeiro.

Aferição do pulso

- Verificar a prescrição médica/enfermagem;
- Informar o procedimento ao paciente;
- Tranquilizar o paciente;
- Verificar o posicionamento correto da artéria;
- Colocar os dedos indicador, médio e anular da mão direita sobre a artéria radial, fazendo uma leve pressão sobre a mesma;
- Iniciar a contagem das pulsações durante um minuto, observando ritmo, amplitude e frequência do pulso;
- Deixar a unidade em ordem;
- Registra o valor aferido no prontuário do paciente e assinar;
- Comunicar alterações ao médico/enfermeiro.

Respiração

- Verificar a prescrição médica/enfermagem;
- Informar ao paciente sobre o procedimento;
- Tranquilizar o paciente para diminuir a ansiedade;
- Colocar a mão no pulso do paciente como se a intenção fosse a de verificar sua pulsação;
- Iniciar a contagem da respiração, observando os movimentos de abaixamento e elevação do tórax; os dois movimentos (inspiratório e expiratório) somam um movimento respiratório;
- Contar os movimentos respiratórios em um minuto;
- Deixar a unidade em ordem;
- Registrar o valor aferido no prontuário do paciente e assinar;
- Informar alterações ao médico/enfermeiro.

Aferição da pressão arterial

- Verificar a prescrição médica/enfermagem;
- Informar o procedimento ao paciente;
- Deixar o paciente descansar por cinco a dez minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável;
- Suspender a manga da roupa ou retira-la quando apertada;

- Posicionar o manguito de maneira adequada no terço superior no braço do paciente;

- Pedir ao paciente que não fale durante o procedimento de aferição da PA;

- Palpar a artéria braquial e posicionar o diafragma sobre ela;

- Palpar a artéria radial, fechando a válvula fechando a válvula da pera e inflar o manguito até desaparecer o pulso radial após, insuflar mais 20 a 30 mmHg (técnica palpatória);

- Colocar as olivas no estetoscópio nos ouvidos, com a curvatura voltada para frente;

- Abrir lentamente a válvula (2 a 4 mm Hg) milímetro de mercúrio) por segundo e observando no manômetro aneróide: O primeiro batimento ouvido que corresponde à pressão sistólica ou fase 1 de Korotkoff, som fraco que aumenta à medida que intensifica a velocidade de deflação. A partir dessa fase, abrir mais rapidamente a válvula (5 a 6 mmHg por segundo). O último som ouvido corresponde à pressão diastólica ou fase V de Korotkoff. Manter a ausculta cerca de 20 a 30 mmHg após o último som, para certificar o seu desaparecimento e após intensificar e completar a delação. Se os batimentos permanecerem até o nível zero, considerar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV Korotkoff) e registrar valores da pressão sistólica verificada e a da diastólica zero.

- Evitar reinflar durante a verificação;

- Verificar a PA no menor tempo possível;

- Esvaziar totalmente o ar do manguito e retirar o manguito do braço do paciente após a confirmação da pressão sistólica e diastólica;

- Realizar o procedimento novamente após um a dois minutos em caso de dúvida na aferição;

- Realizar a desinfecção das olivas e campânula/diafragma do estetoscópio com algodão embebido com álcool 70%;

- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;

- Registrar os valores encontrados da pressão sistólica e da pressão diastólica, posição do paciente, tamanho do manguito e o membro em que foi feita a aferição no prontuário do paciente;

- Informar ao médico/enfermeiro as alterações encontradas.







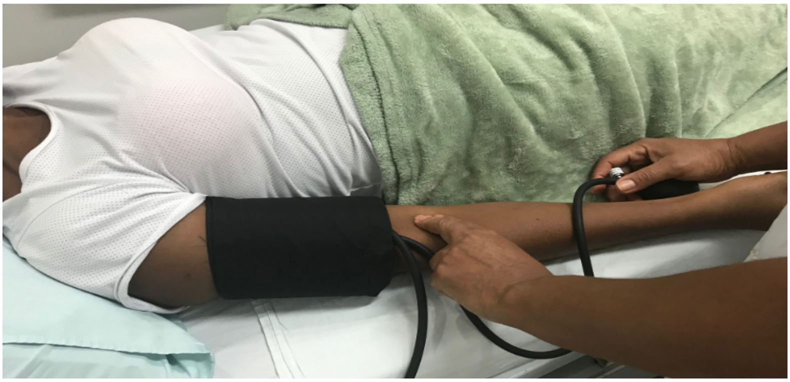




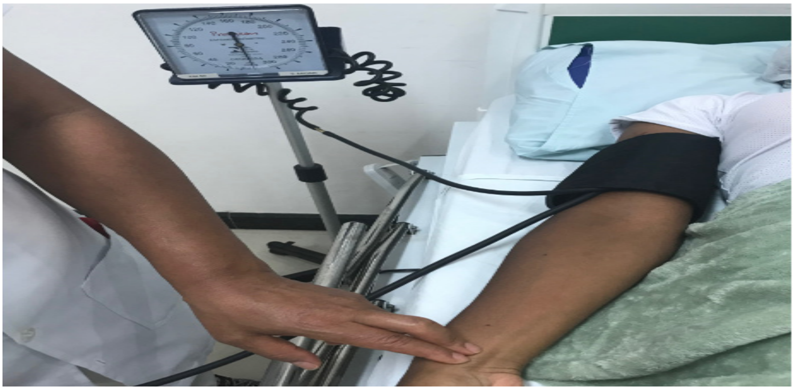






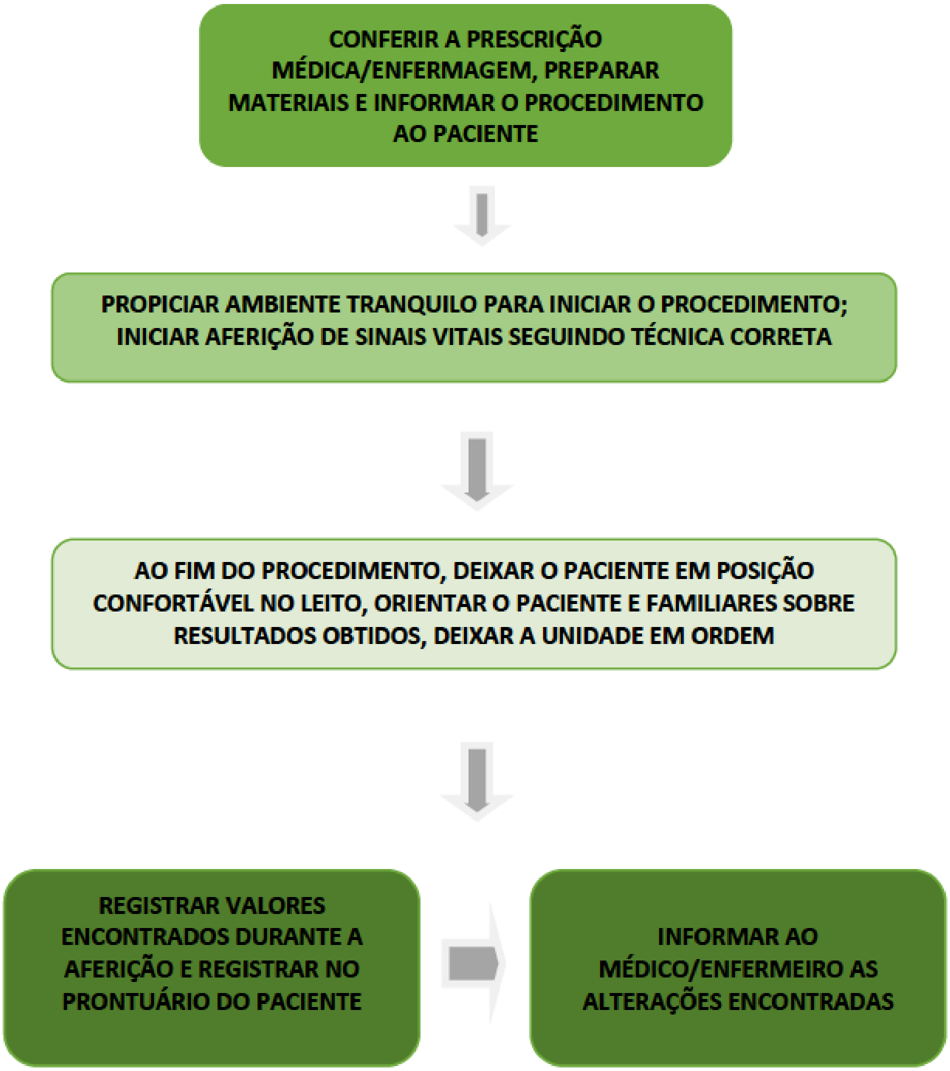








FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko Ainda, OHNISHI, Mitsuko. **Técnicas Fundamentais De Enfermagem** - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

NETTINA, S. M. **Práticas de Enfermagem**. 10° edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Jan eiro. 2015. 1854p.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). **Blackbook Enfermagem.** 1ed.Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1

SANTANA, J.C.B, DUTRA, B.S, PEREIRA, HO, SILVA, E.A.M. SILVA, D. C. M. **PROCEDIMENTOS BÁSICOS E ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM: fundamentos para a prática.** Editora: AB Editora. Goiânia. 2011. 328 p.

SANTANA, Júlio César Batista; MELO, C. L. (Org.); DUTRA, Bianca Santana (Org.). **MONITORIZAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA: fundamentação para o cuidado.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. v. 1. 384p.

SANTANA, Júlio Cesar Batista (Org.); DUTRA, Bianca Santana, (Org.); MELO, Clayton Lima (Org.) **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: procedimentos básicos e especializados.** 1. ed. Curitiba: Editora CRV 2018. 726p.

VOLPATO, Andrea Cristine Bersane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

CAPÍTULO 12

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

Júlio César Batista Santana

Mucio Eduardo Da Silva Junior

Bianca Santana Dutra

Marina Almeida Santana

Alsiney Alves de Souza

Mariane da Costa Moura

Mariana de Vasconcelos Silva Rocha

CONCEITO

Consiste na inserção de uma sonda estéril na bexiga através da uretra. Utilizada quando existe a necessidade de permanência por um período maior da sonda.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- EPI's: gorro, máscara, óculos de proteção;

- Biombo;

- Sonda vesical de Foley, tamanho compatível com a idade e a anatomia do paciente;

- Coletor de urina sistema fechado;

- Seringa de 10 ml para cateterismo vesical masculino;

- Seringa 20 ml;

- Água destilada 20 ml;

- Agulha aspiração 40x12;

- Luvas de procedimento e luvas estéreis;

- Foco se necessário;

- Bandeja para assepsia (cuba rim, cuba redonda, pinça anatômica, pinça hemostática, campo fenestrado);

- Lubrificante (xilocaína gel);

- Solução degermante e antisséptica, conforme padronização da instituição;

- Soro fisiológico frasco 250 ml;

- Esparadrapo;

- Comadre.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Sondagem Vesical de Demora

- Verificar a prescrição médica;

- Orientar a paciente sobre todas as etapas e objetivo do procedimento e obter consentimento verbal;

- Lavar as mãos;

- Preparar o material;

- Preservar a privacidade do paciente e cercar o leito com biombo;

- Providenciar ambiente com iluminação adequada;

- Posicionar o paciente em posição

ginecológica se mulher, e em posição de decúbito dorsal se homem;

- Abrir a bandeja de assepsia e gases dentro dela;

- Calçar luvas de procedimento;

- Realizar degermação utilizando luva de procedimento na sequência a seguir:

- Mulher: Fazer antissepsia do meato urinário: utilizando a mão não dominante, retrair os grandes lábios e manter a posição durante o procedimento. Utilizando a pinça na mão dominante esterelizada, pegar gazes estéreis com solução antisséptica e faze a limpeza na área do períneo, limpando no sentido: da frente para trás do clitóris, na direção da região anal. Utilizar uma gaze para cada área, limpar ao longo da dobra dos grandes lábios e diretamente sobre o meato urinário.

- Homem: Retrair o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis e expor a glande. Manter a mão não dominante na posição durante o procedimento. Com a mão dominante, pegar a gaze com pinça e realizar a limpeza do pênis, fazendo movimentos circulares do sentido do meato urinário para baixo, até a base da glande. Repetir a limpeza durante três vezes utilizando uma gaze por vez.;

- Após a degermação, retirar todo o excesso, lavando a região com soro fisiológico;

- Abrir o campo estéril;

- Abrir o restante do material no campo estéril (sonda vesical Foley, bolsa coletora, seringa 20 ml, gaze, lubrificante estéril sobre a gaze);

- Calçar a luva estéril;

- Aspirar a água bidestilada com a seringa, solicitando a ajuda de outro membro da equipe para que este segure as ampolas de ABD;

- Testar o balonete, conectando a seringa nesta via e introduzindo a água, observando a insuflação e a integridade do balonete;

- Desinflar todo o balonete;

- Conectar a sonda à bolsa coletora;

- Lubrificar os primeiros 5 cm da sonda, na mulher, e no homem injetar diretamente na uretra o lubrificante com a seringa de 20 ml;

- Introduzir a sonda previamente lubrificada até o retorno da urina;

- Insuflar o balonete com água bidestilada observando o volume especificado na sonda;

- Tracionar suavemente a sonda até que se encontre resistência;

- Conferir se as pinças da bolsa coletora estão de forma adequada: pinça da extensão aberta e clampe distal da bolsa fechado;

- Posicionar a bolsa coletora abaixo do nível do paciente;

- Fixar a sonda: na mulher, na parte anterior da coxa e, no homem, na região medial da coxa ou região supra púbica;

- Desprezar os materiais utilizados nos locais adequados e deixar o ambiente em ordem;

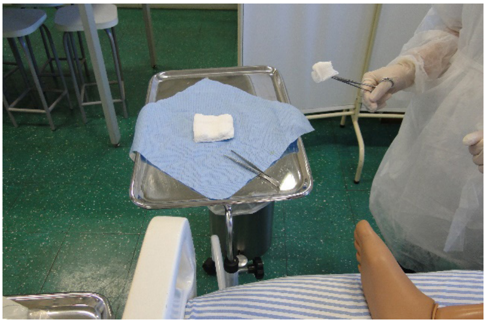
- Providenciar identificação na bolsa coletora (data, hora, número da sonda foley e assinatura de quem realizou o procedimento)

- Registrar o procedimento no prontuário, anotando o aspecto, o volume drenado da urina e a presença de intercorrências.



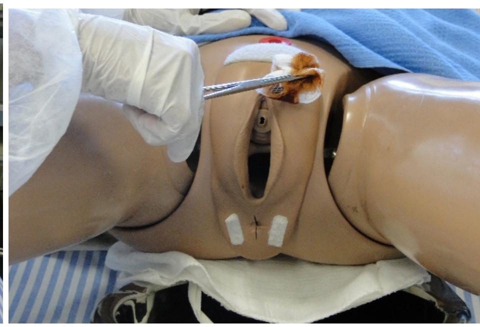




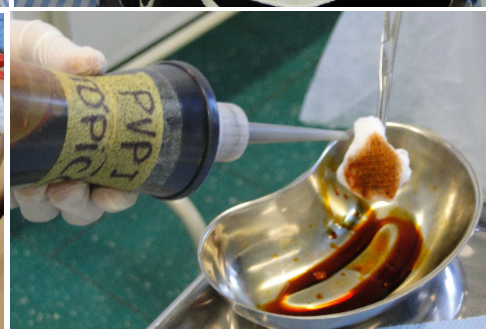


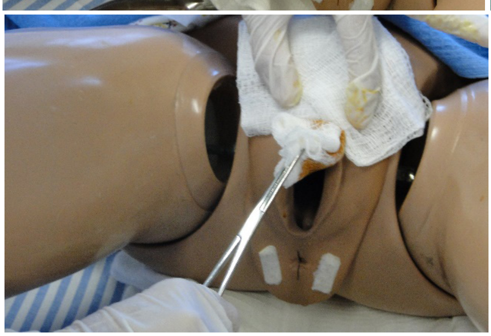


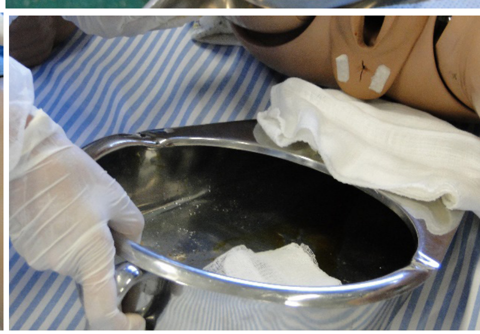


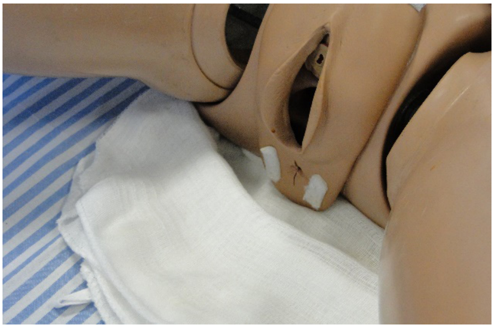


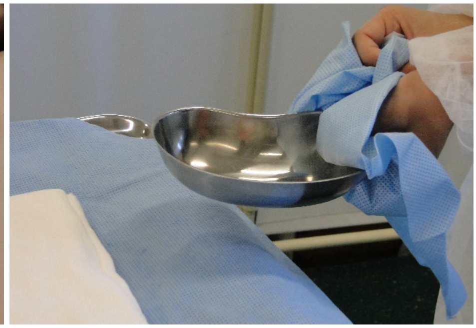



PVPI










TAMAÑO
7 1/2
PUÑO

















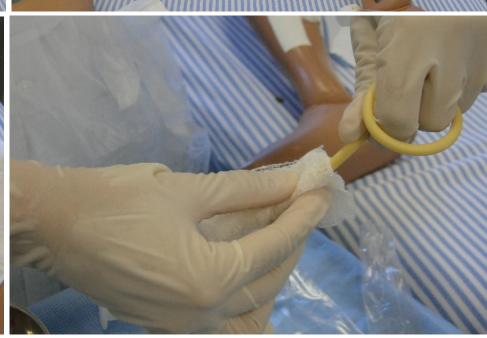


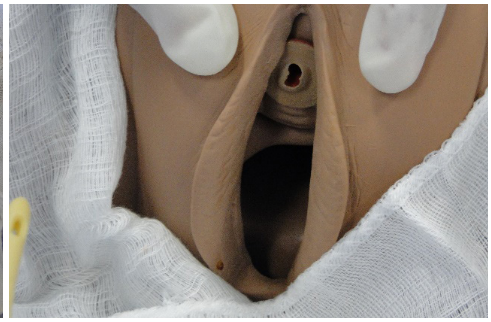
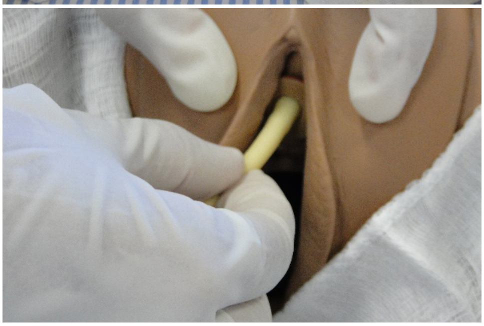




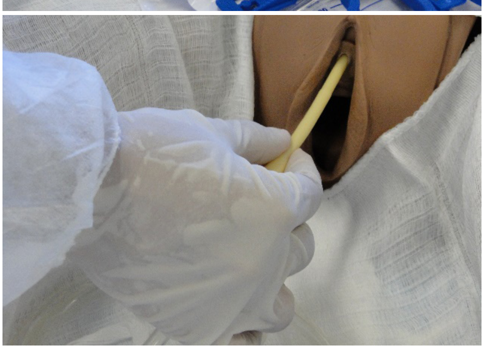
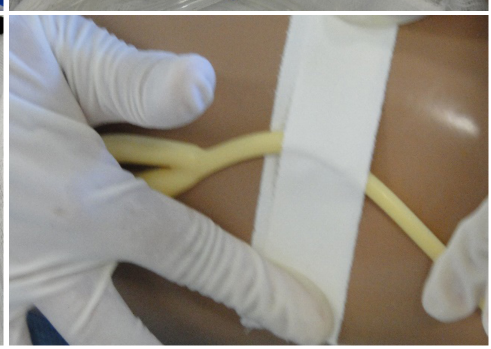






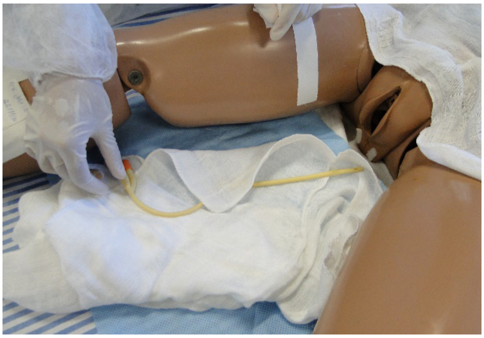


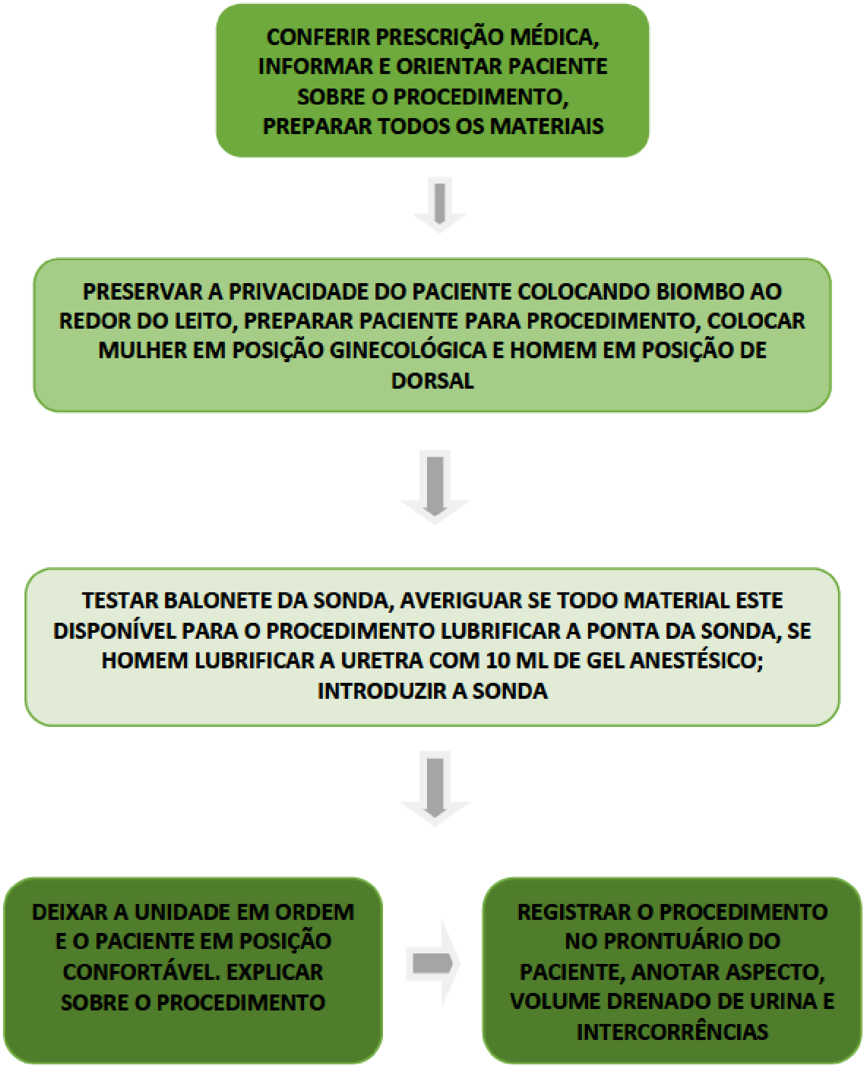



SOLIDOR
SVD Nº 14
17-12-10 10:30





FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko Ainda, OHNISHI, Mitsuko. **Técnicas Fundamentais De Enfermagem** - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

NETTINA, S. M. **Práticas de Enfermagem**. 10° edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2015. 1854p.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). **Blackbook Enfermagem.** 1ed.Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1

SANTANA, J.C.B, DUTRA, B.S, PEREIRA, HO, SILVA, E.A.M. SILVA, D. C. M. **PROCEDIMENTOS BÁSICOS E ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM: fundamentos para a prática.** Editora: AB Editora. Goiânia. 2011. 328 p.

SANTANA, Júlio César Batista; MELO, C. L. (Org.); DUTRA, Bianca Santana (Org.). **MONITORIZAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA: fundamentação para o cuidado.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. v. 1. 384p.

SANTANA, Júlio Cesar Batista (Org.); DUTRA, Bianca Santana, (Org.); MELO, Clayton Lima (Org.) **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: procedimentos básicos e especializados.** 1. ed. Curitiba: Editora CRV 2018. 726p.

VOLPATO, Andrea Cristine Bersane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

CAPÍTULO 13

CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO

Júlio César Batista Santana

Mucio Eduardo Da Silva Junior

Bianca Santana Dutra

Marcella Faria Santana

Alsiney Alves de Souza

Mariane da Costa Moura

Mariana de Vasconcelos Silva Rocha

CONCEITO

Consiste na inserção de uma sonda pela uretra por um período menor de tempo, em torno de 05 a 10 minutos.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Luva estéril;

- Sonda uretral de alivio (numeração compatível com a uretra do paciente);

- Solução antisséptica (PVPI degermante tópico);

- 01 tubo de solução anestésico (xilocaína gel);

- 01 Seringa de 10 ml para cateterismo no homem;

- Foco de luz caso necessário;

- Biombos;

- Gorro, máscara, óculos de proteção;

- Material estéril (campo fenestrado, 02 cubas redonda, 01 cuba rim, gazes e compressas, pinçam hemostática);

- Comadre;

- Soro fisiológico 250 ml 0,9%.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Confirmar o procedimento na prescrição médica;

- Verificar a identificação do paciente;

- Explicar as etapas do procedimento, objetivo a da colaboração do paciente;

- Obter consentimento verbal do paciente;

- Realizar higienização das mãos com água e sabão;

- Deixar todo material preparado na bandeja;

- Preservar a privacidade do paciente, com biombos ao redor do leito;

- Providenciar ambiente com iluminação adequada. Se necessário, utilizar foco de luz;

- Colocar biombo em volta do leito para preservar a privacidade do paciente;

- Na mulher: colocar a paciente em posição ginecológica. Cobrir a paciente e retirar o lençol somente quando for iniciar o

procedimento.

- No homem: Colocar o paciente em decúbito dorsal horizontal, o lençol debaixo do pênis. Deixar o pênis descoberto somente quando for iniciar o procedimento.

- Conferir se todo material necessário está à disposição;

- Abrir utilizando técnica asséptica a bandeja com kit de cateterismo vesical;

- Colocar o material necessário para a sondagem entre os membros inferiores do paciente;

- Na cuba rim colocar solução antisséptica e xilocaína gel na gaze;

- Calçar as luvas estéreis;

- Mulher: Fazer antissepsia do meato urinário: utilizando a mão não dominante, retrair os grandes lábios e manter a posição durante o procedimento. Utilizando a pinça na mão dominante esterilizada, pegar gazes estéreis com solução antisséptica e faze a limpeza na área do períneo, limpando no sentido: da frente para trás do clitóris, na direção do ânus. Utilizar uma gaze para cada área, limpar ao longo da dobra dos grandes lábios e diretamente sobre o meato urinário.

- Homem: Retrair o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis e expor a glande. Manter a mão não dominante na posição durante o procedimento. Com a mão dominante, pegar a gaze com pinça e realizar a limpeza do pênis, fazendo movimentos circulares do sentido do meato urinário para baixo, até a base da glande. Repetir a limpeza durante três vezes utilizando uma gaze por vez;

- Lubrificar a ponta da sonda com xilocaína gel. No masculino colocar xilocaína em uma seringa de 10 ml e injetar através da uretra;

- Introduzir a sonda através da uretra;

- Deixar a outra ponta da sonda dentro da cuba rim/comadre, até terminar a drenagem da urina;

- Ao final da drenagem retirar a sonda devagar;

- Deixar o paciente em posição confortável e informa-lo sobre o procedimento;

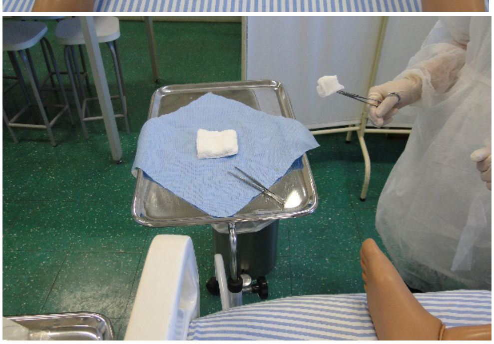
- Deixar a unidade organizada;

- Lavar as mãos ao fim do procedimento;

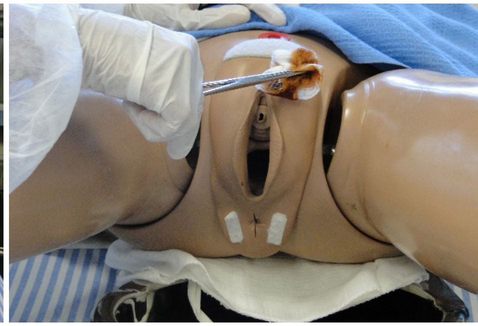
- Registrar volume da diurese drenada, nº da sonda utilizada, intercorrências durante o procedimento;

- Comunicar intercorrências ao médico.


MUCAMBO

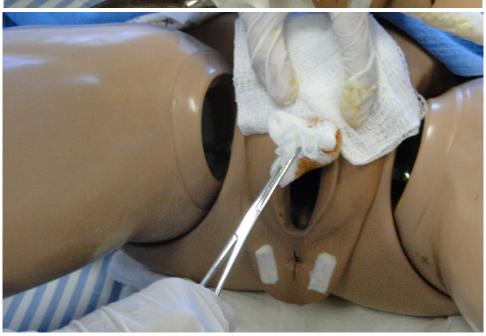



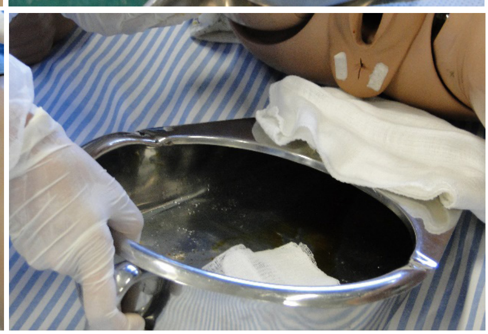




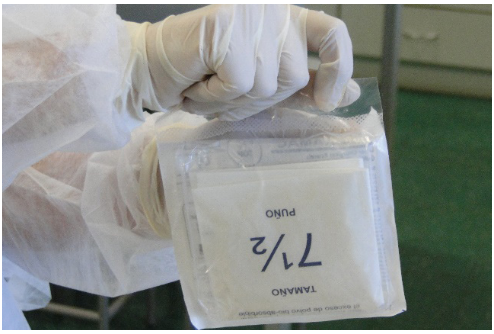

PVPI

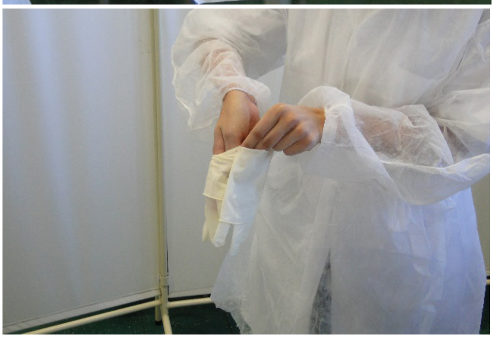


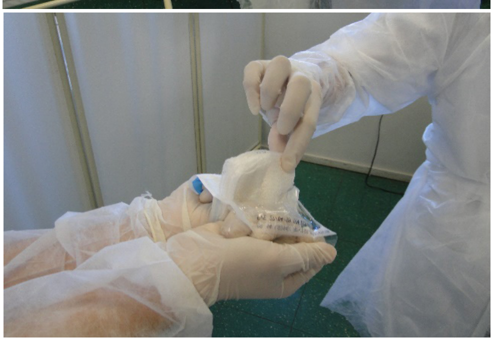




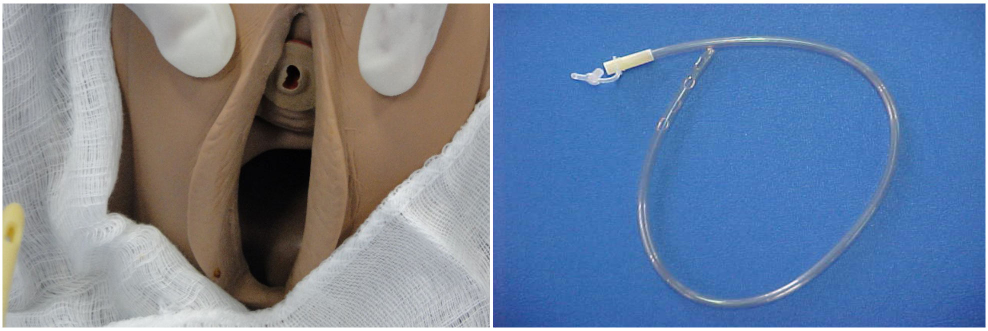



PUÑO
7 1/2
TAMAÑO







Fonte: www.unimes.br.

FLUXOGRAMA

CONFIRMAR O PROCEDIMENTO NA PRESCRIÇÃO MÉDICA; VERIFICAR A IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE; EXPLICAR AS ETAPAS DO PROCEDIMENTO; OBTER CONSENTIMENTO VERBAL

↓

FAZER ANTISSEPSIA DO MEATO URETRAL FEMININO: AFASTAR OS PEQUENOS LÁBIOS COM A MÃO E, DEVE SER FEITO NO SENTIDO ANTEROPOSTERIOR. FAZER ANTISSEPSIA DO MEATO URETRAL MASCULINO: AFASTAR O PREPÚCIO, EXPONDO A GLANDE, A ANTISSEPSIA DEVE SER FEITA EM MOVIMENTOS CIRCULARES, SEGURANDO O PÊNIS EM SENTIDO PERPENDICULAR AO CORPO

↓

LUBRIFICAR A PONTA DA SONDA COM ANESTÉSICO TÓPICO (XILOCAÍNA GEL), NO HOMEM INTRODUZIR ANESTÉSICO NA URETRA ATRAVÉS DA SERINGA DE 10 ML. INTRODUZIR A SONDA VESICAL DE ALIVIO CUIDADOSAMENTE

↓

RECOMPOR A UNIDADE, ORIENTAR OS CUIDADOS GERAIS COM OS FAMILIARES OU O ACOMPANHANTE

→

LAVAR AS MÃOS, ANOTAR TODO O PROCEDIMENTO NO PRONTUÁRIO, COMUNICAR ANORMALIDADES

REFERÊNCIAS

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko Ainda, OHNISHI, Mitsuko. **Técnicas Fundamentais De Enfermagem** - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

NETTINA, S. M. **Práticas de Enfermagem**. 10° edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2015. 1854p.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). **Blackbook Enfermagem.** 1ed.Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1

SANTANA, J.C.B, DUTRA, B.S, PEREIRA, HO, SILVA, E.A.M. SILVA, D. C. M. **PROCEDIMENTOS BÁSICOS E ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM: fundamentos para a prática.** Editora: AB Editora. Goiânia. 2011. 328 p.

SANTANA, Júlio César Batista; MELO, C. L. (Org.); DUTRA, Bianca Santana (Org.). **MONITORIZAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA: fundamentação para o cuidado.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. v. 1. 384p.

SANTANA, Júlio Cesar Batista (Org.); DUTRA, Bianca Santana, (Org.); MELO, Clayton Lima (Org.) **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: procedimentos básicos e especializados.** 1. ed. Curitiba: Editora CRV 2018. 726p.

VOLPATO, Andrea Cristine Bersane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

CAPÍTULO 14

SONDAGEM GÁSTRICA

Júlio César Batista Santana

Mucio Eduardo Da Silva Junior

Bianca Santana Dutra

Marcella Faria Santana

Alsiney Alves de Souza

Mariane da Costa Moura

Mariana de Vasconcelos Silva Rocha

CONCEITO

Consiste na inserção de uma sonda por dentro de uma das fossas nasais ou pela cavidade oral, percorrendo pela faringe, avançando até o estomago.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Sonda gástrica de calibre adequado;
- Coletor para drenagem não estéril;
- Solução para lubrificação da sonda (Xilocaína gel);
- Bandeja;
- Seringa de 20 ml com bico;
- Estetoscópio;
- Adesivo tipo micropore;
- Compressa;
- Gaze;
- Máscara e óculos de proteção;
- Biombo;
- Cuba rim;
- Luva de procedimento.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Conferir a prescrição médica;
- Preparar o material;
- Explicar ao paciente e aos familiares sobre o procedimento;
- Lavar as mãos e colocar os equipamentos de proteção individual;
- Posicionar o paciente com a cabeceira elevada;
- Proteger o tórax do paciente com uma toalha;
- Mensuração da sonda: métodos: *NEX (nariz- lóbulo da orelha – apêndice xifóide); *EXU (lóbulo da orelha- apêndice xifoide- ponto médio da cicatriz umbilical); *NEX+XU (NEX- apêndice xifóide- ponto médio da cicatriz umbilical). Os dois últimos se mostram mais eficazes;
- Realizar a marcação da sonda;
- Lubrificar a extremidade da sonda com Xilocaína gel;
- Solicitar a colaboração do paciente, pedindo para que faça movimentos de deglutição

sempre que for possível;

- Introduzir a sonda em uma das narinas com cautela até sentir uma pequena resistência, neste momento solicitar que ao paciente que flexione a cabeça para frente;

- Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do paciente até o ponto marcado;

- Observar presença de cianose, dispnéia e tosse, caso ocorra a sonda está nas vias aéreas;

- Realizar o teste para conferir o posicionamento adequado da sonda (examinar cavidade bucal verificando se a sonda não está na boca, usando uma seringa, injetar de 10 a 20 ml de ar na sonda, auscultando os ruídos hidroaéreos produzidos, aspiração de conteúdo gástrico com seringa de 20 ml);

- Realizar a fixação da sonda com micropore na narina do paciente, observando a marca delimitada inicialmente;

- Reposicionar o paciente no leito;

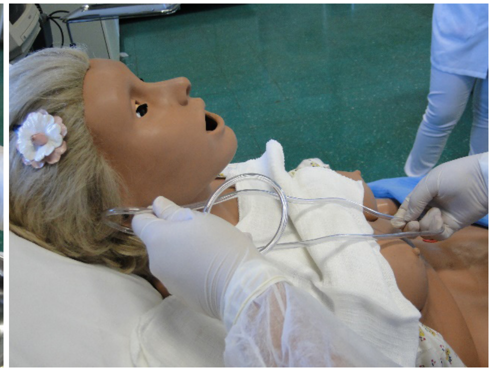
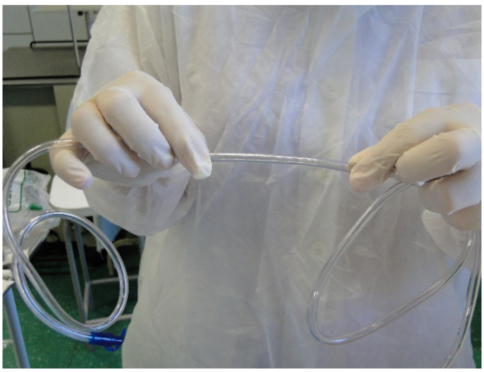
- Recompor a unidade;

- Lavar as mãos;

- Registrar no prontuário do paciente procedimento realizado, com data, hora, sonda e calibre que foi utilizado, intercorrências, volume e coloração do liquido drenado.





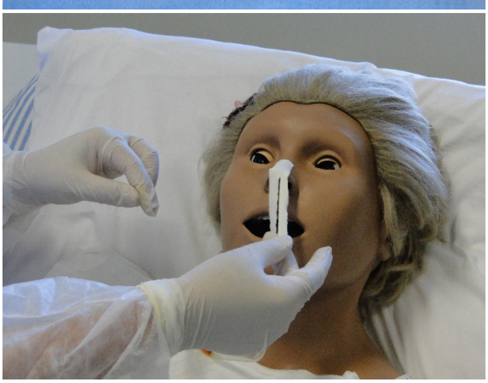














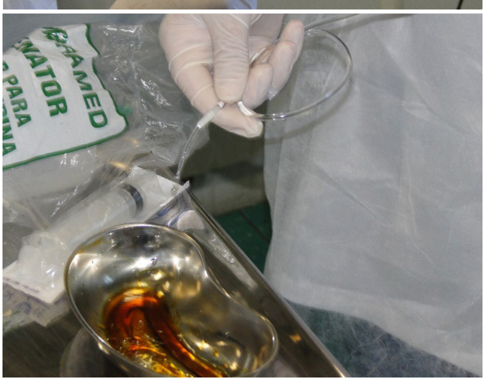




CS




CS





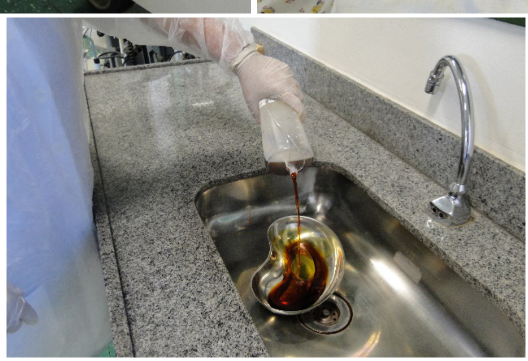




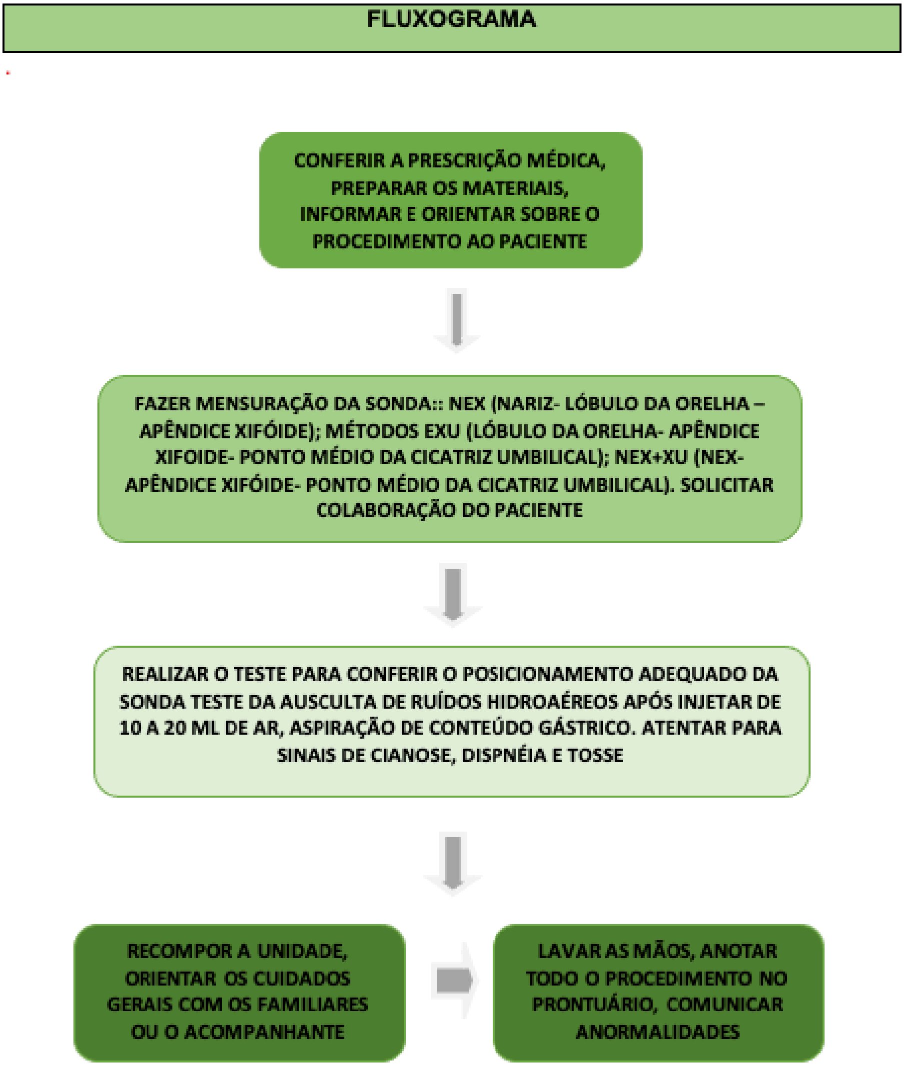








FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko Ainda, OHNISHI, Mitsuko. **Técnicas Fundamentais De Enfermagem** - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

NETTINA, S. M. **Práticas de Enfermagem**. 10° edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2015. 1854p.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). **Blackbook Enfermagem.** 1ed.Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1

SANTANA, J.C.B, DUTRA, B.S, PEREIRA, HO, SILVA, E.A.M. SILVA, D. C. M. **PROCEDIMENTOS BÁSICOS E ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM: fundamentos para a prática.** Editora: AB Editora. Goiânia. 2011. 328 p.

SANTANA, Júlio César Batista; MELO, C. L. (Org.); DUTRA, Bianca Santana (Org.). **MONITORIZAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA: fundamentação para o cuidado.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. v. 1. 384p.

SANTANA, Júlio Cesar Batista (Org.); DUTRA, Bianca Santana, (Org.); MELO, Clayton Lima (Org.) **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: procedimentos básicos e especializados.** 1. ed. Curitiba: Editora CRV 2018. 726p.

VOLPATO, Andrea Cristine Bersane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

CAPÍTULO 15

SONDAGEM ENTÉRICA

Júlio César Batista Santana

Mucio Eduardo Da Silva Junior

Iago Leonardo Vieira da Silva

Ana Paula de Freitas Mota

Mariane da Costa Moura

Mariana de Vasconcelos Silva Rocha

CONCEITO

Sondagem nasoentérica é a passagem da sonda pelo nariz até o duodeno e o jejuno. Trata-se de uma sonda longa, de fino calibre, com luz única, injetor lateral, fio guia e ponta radiopaca, é feita de silicone ou poliuretano.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Sonda nasoentérica;
- Xilocaína gel a 2%;
- Bandeja;
- Seringa de 20 ml com bico;
- Estetoscópio;
- Esparadrapo;
- Compressa;
- Gaze;
- EPIs (capote, luvas de procedimentos, máscara e óculos de proteção);
- Biombo.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Conferir a prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Preparar todo material;
- Informar ao paciente sobre o procedimento;
- Colocar o paciente em posição de Fowler ou sentado;
- Cortar o esparadrapo para: fixação e para marcação da sonda;
- Mensuração da sonda:

Métodos:

- Mensurar a sonda do ápice do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifoide, adicionando mais 10 a 15 cm,
- Iniciar da ponta do nariz até parte final do lóbulo orelha e deste até o apêndice xifóide e seguir até a cicatriz umbilical, adicionando mais 10 a 15 cm;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Lubrificar a ponta da sonda com anestésico tópico gel;
- Introduzir a sonda delicadamente e sem forçar até o local demarcado com esparadrapo. Ao ultrapassar o primeiro obstáculo deve flexionar a cabeça do paciente, ou solicitar para

o paciente fazer movimento de deglutição enquanto a sonda é introduzida;

- Remover o fio guia do interior da sonda e proceder à confirmação da localização gástrica por meio dos seguintes procedimentos;

- Colocar 15 ml de ar na seringa e conecta-la à sonda;

- Colocar o estetoscópio no quadrante superior esquerdo do abdômen e introduzir o ar, auscultando os respectivos ruídos hidroaéreos; aspirar ao conteúdo gástrico, se necessário;

- Fixar a sonda com esparadrapo, sem comprimir a narina, de modo que fique segura;

- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;

- Realizar a limpeza e desinfecção dos materiais;

- Lavar as mãos;

- Registrar o procedimento no prontuário do paciente horário, nº da sonda e intercorrências durante o procedimento e assinar;

- Comunicar anormalidades ao médico/enfermeiro.

OBS: Deve iniciar a administração da dieta após a confirmação da localização radiológica.

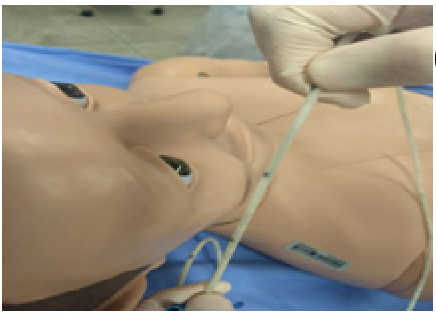




1



2



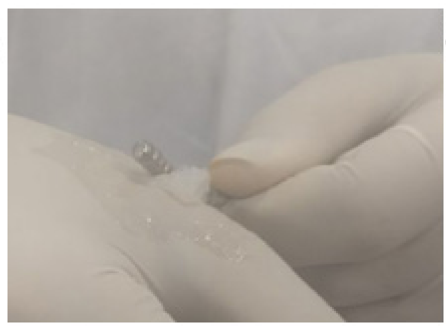
3



4



5



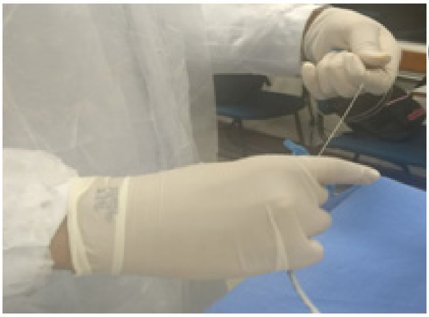
6



7



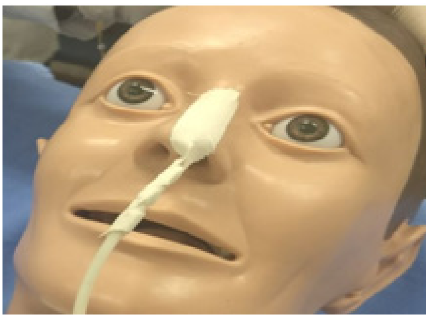
8



9



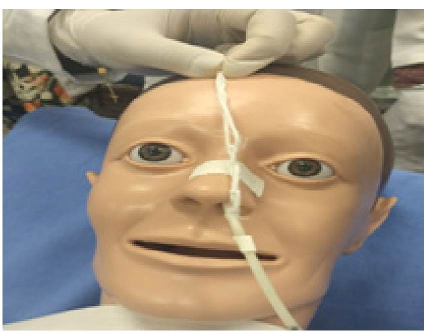
10



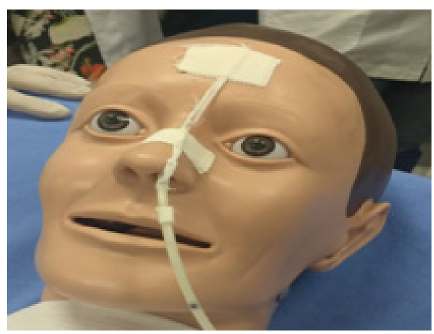
11



12



13



14

FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

TIMBY, Bárbara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem** – 6ª edição. Porto Alegre: Artmed editora, 2001.

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko Ainda, OHNISHI, Mitsuko. **Técnicas Fundamentais De Enfermagem** - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

NETTINA, S. M. **Práticas de Enfermagem**. 10° edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2015. 1854p.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). **Blackbook Enfermagem.** 1ed.Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1

SANTANA, J.C.B, DUTRA, B.S, PEREIRA, HO, SILVA, E.A.M. SILVA, D. C. M. **PROCEDIMENTOS BÁSICOS E ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM: fundamentos para a prática.** Editora: AB Editora. Goiânia. 2011. 328 p.

SANTANA, Júlio César Batista; MELO, C. L. (Org.); DUTRA, Bianca Santana (Org.). **MONITORIZAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA: fundamentação para o cuidado.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. v. 1. 384p.

SANTANA, Júlio Cesar Batista (Org.); DUTRA, Bianca Santana, (Org.); MELO, Clayton Lima (Org.) **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: procedimentos básicos e especializados.** 1. ed. Curitiba: Editora CRV 2018. 726p.

VOLPATO, Andrea Cristine Bersane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

CAPÍTULO 16

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA OCULAR

Fernanda Batista Oliveira Santos

Fernanda Alves dos Santos Carregal

Andreia Guerra Siman

Luciene Muniz Braga

Júlio César Batista Santana

Ana Paula de Freitas Mota

CONCEITO

Consiste na aplicação de um medicamento sobre a conjuntiva e/ou globo ocular como recurso terapêutico ou diagnóstico. As formas farmacêuticas administradas nesta via se apresentam sob a forma de colírio, pomada, gel e disco intraocular. Devem ser estéreis, homogêneas e isotônicas como as lágrimas.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Prescrição de enfermagem;
- Prescrição médica;
- Luvas de procedimento;
- Medicamento a ser administrado;
- Bandeja ou cuba;
- Álcool a 70%;
- Algodão para desinfecção da bancada de preparo de medicamentos e bandeja ou cuba.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Instilação de colírio e/ou pomada

- Conferir as prescrições de enfermagem e médica;
- Higienizar as mãos;
- Preparar o material;
- Realizar a higienização das mãos no quarto/enfermaria do paciente;
- Identificar-se ao paciente: nome e categoria profissional;
- Identificar o paciente usando dois métodos de identificação (perguntar o nome do paciente e conferir o nome na pulseira de identificação);
- Explicar o cuidado a ser realizado ao paciente e/ou familiar/acompanhante;
- Solicitar ao paciente permissão para realizar o cuidado antes de tocar no mesmo;
- Avaliar história de alergias, principalmente, ao látex e iodo;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal ou sentado com a cabeça inclinada para trás;
- Solicitar ao paciente que olhe para cima;
- Pingar o colírio no canto interno do olho ou aplicar um filete da pomada na mucosa da pálpebra inferior;
- Solicitar ao paciente que feche os

olhos para que a medicação se espalhe em todo o globo ocular e pressionar, com o dedo indicador, o ducto lacrimal de 1 a 2 minutos (a fim de evitar que a medicação penetre nos canais que comunicam os olhos com o nariz e a garganta);

- Remover o excedente do medicamento com a gaze;

- Higienizar as mãos;

- Checar o horário da administração do medicamento e proceder as anotações de enfermagem.

Inserção de disco intraocular

- Conferir as prescrições de enfermagem e médica;

- Higienizar as mãos;

- Preparar o material;

- Realizar a higienização das mãos no quarto/enfermaria do paciente;

- Identificar-se ao paciente: nome e categoria profissional;

- Identificar o paciente usando dois métodos de identificação (perguntar o nome do paciente e conferir o nome na pulseira de identificação);

- Explicar o cuidado a ser realizado ao paciente e/ou familiar/acompanhante;

- Solicitar ao paciente permissão para realizar o cuidado antes de tocar no mesmo;

- Avaliar história de alergias, principalmente, ao látex e iodo;

- Posicionar o paciente em decúbito dorsal ou sentado com a cabeça inclinada para trás;

- Solicitar ao paciente que olhe para cima;

- Inspecionar o disco quanto à deformidade ou trauma aparente;

- Umedecer o dedo indicador da mão dominante;

- Realizar a adesão do lado convexo do disco ao dedo;

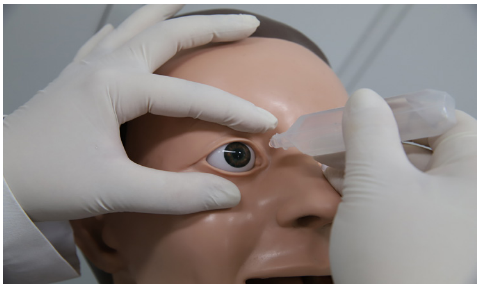
- Com a outra mão delicadamente puxar a pálpebra inferior do paciente para baixo;

- Introduzir o disco no saco conjuntival.

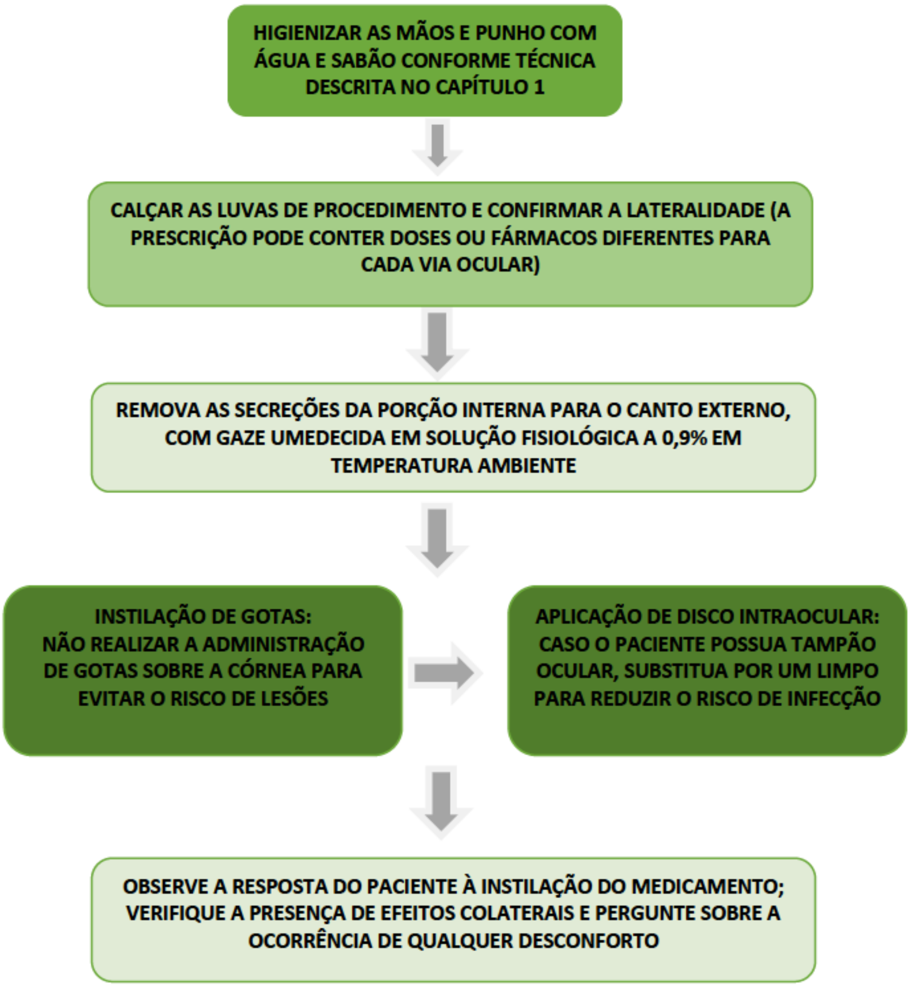
Observação: para remoção do disco intraocular: puxar delicadamente a pálpebra inferior para baixo, expor o disco e retirar com o dedo indicador.








FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko Ainda, OHNISHI, Mitsuko. **Técnicas Fundamentais De Enfermagem** - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

NETTINA, S. M. **Práticas de Enfermagem**. 10° edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2015. 1854p.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). **Blackbook Enfermagem.** 1ed.Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1

PAULA, Maria de Fátima Correa; SANTOS, Eduarda Ribeiro dos; SILVA, Myria Ribeiro da; BERGAMASCO, Ellen Cristina.**Semiotécnica: Fundamentos para a Prática Assistencial de Enfermagem.** 1ª edição. Editora: Elsevier Editora Ltda, Rio Janeiro. 2016. 92p.

POTTER, Patricia; PERRY, Anne Griffin; STOCKERT, Patricia; HALL, Amy. **Fundamentos de Enfermagem**. 9ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

VOLPATO, Andrea Cristine Bersane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

CAPÍTULO 17

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA CUTÂNEA OU TÓPICA

Andreia Guerra Siman

Fernanda Batista Oliveira Santos

Luciene Muniz Braga

Júlio César Batista Santana

Bianca Santana Dutra

Ana Paula de Freitas Mota

CONCEITO

Consiste na administração de medicamentos ou soluções estéreis diretamente na pele ou mucosas, mais frequentemente em pele intacta.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

Material para aplicações tópicas

- Prescrição de enfermagem;

- Prescrição médica;

- Par de luvas de procedimento (descartáveis) ou aplicadores;

- Medicamentos como loções, pastas ou pomadas;

- Curativo primário com gaze estéril se necessário;

Administração de medicamento em pele com ferimento

- Prescrição de enfermagem;

- Prescrição médica;

- Luvas estéreis;

- Medicamentos como loções, pastas ou pomadas;

- Solução fisiológica 0,9%;

- Curativo primário com gaze estéril.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Conferir a prescrição de enfermagem;

- Conferir a prescrição médica;

- Realizar a higienização das mãos;

- Preparar o material;

- Realizar a higienização das mãos no quarto/enfermaria do paciente;

- Identificar-se ao paciente: nome e categoria profissional;

- Identificar o paciente usando dois métodos de identificação (perguntar o nome do paciente e conferir o nome na pulseira de identificação);

- Solicitar ao paciente permissão para realizar o cuidado antes de tocar no mesmo;

- Explicar o cuidado a ser realizado ao paciente e/ou familiar/acompanhante;

- Avaliar história de alergias a medicamentos;

- Calçar as luvas de procedimento ou estéreis de acordo com a integridade da pele do paciente;

- Avaliar a integridade da pele e em casos de o paciente apresentar lesões deve ser utilizado técnica estéril e lavagem da lesão com soro fisiológico 0,9%;

- Posicionar o paciente de forma confortável;

- Aplicar o medicamento em forma de pomada, loções ou pastas no local;

- Aplicar curativo primário com gaze estéril caso seja necessário (evitar manchas e contatos com a roupa do paciente e remoção do medicamento);

- Remover as luvas;

- Descartar o material corretamente;

- Realizar a higienização das mãos;

- Realizar o registro de enfermagem quanto à administração do medicamento no prontuário do paciente, especificando o nome do medicamento, local de inserção e aspecto da pele ou mucosa;

- Avaliar continuamente o local da pele ou mucosa documentando as impressões no prontuário do paciente.

Observações

- A aplicação de medicamentos tópicos pode causar efeitos sistêmicos e locais, por isso o enfermeiro deve mantar à avaliação antes e após da aplicação do medicamento;

- Tecido morto abriga microrganismos e impede o contato do medicamento com o tecido que deve ser tratado. Antes de aplicar o medicamento, o enfermeiro deve limpar completamente a pele, lavando cuidadosamente a área com soro fisiológico 0,9% ou desbridar localmente os resíduos de tecido;

-Ao aplicar pomadas ou pastas, o enfermeiro deve espalhar o medicamento igualmente na superfície envolvida e cobrir bem a área, sem aplicar em excesso;

-Não realizar fricção na pele, pois, pode causar irritação.









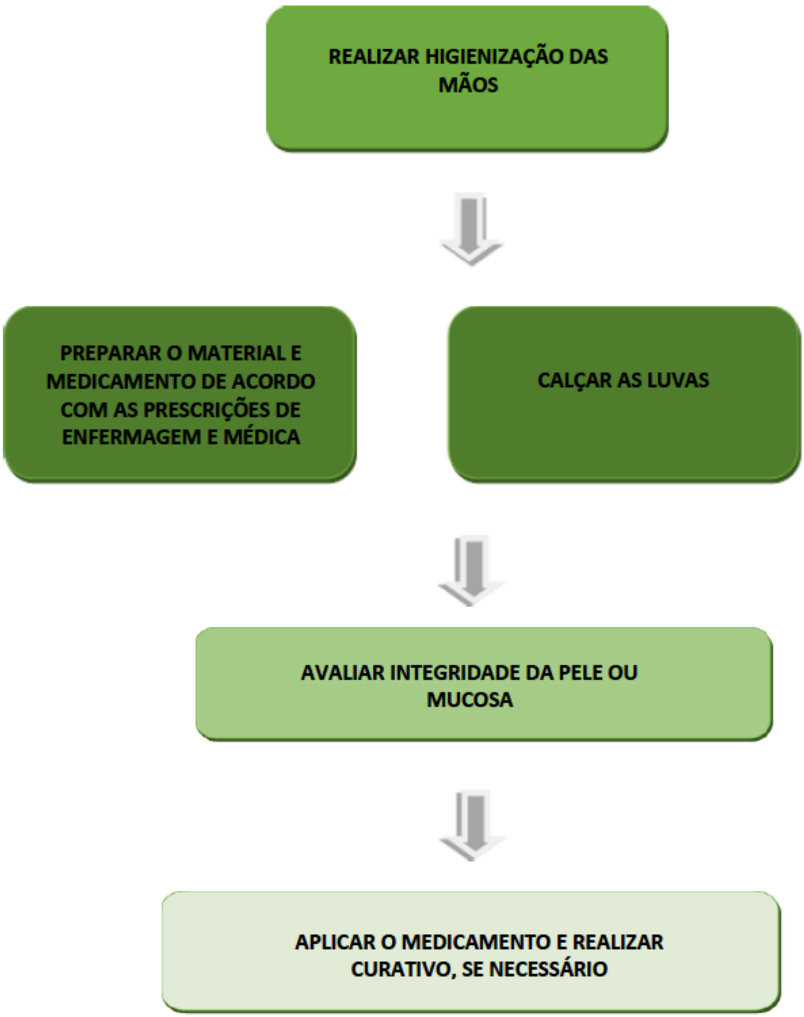








FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

Potter, Patricia A. Perry, Anne Griffin. Fundamentos de Enfermagem. 9ª edição. Editora Elsevier.2018

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko Ainda, OHNISHI, Mitsuko. **Técnicas Fundamentais De Enfermagem** - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). **Blackbook Enfermagem.** 1ed.Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1

SANTANA, J.C.B, DUTRA, B.S, PEREIRA, HO, SILVA, E.A.M. SILVA, D. C. M. **PROCEDIMENTOS BÁSICOS E ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM: fundamentos para a prática.** Editora: AB Editora. Goiânia. 2011. 328 p.

VOLPATO, Andrea Cristine Bersane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

CAPÍTULO 18

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ENDOVENOSA (EV)

Luciene Muniz Braga

Andreia Guerra Siman

Fernanda Batista Oliveira Santos

Júlio César Batista Santana

Bianca Santana Dutra

Ana Paula de Freitas Mota

CONCEITO

Consiste na administração de medicamentos ou soluções estéreis diretamente na corrente sanguínea por meio de um cateter inserido em uma veia.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

Material para a punção venosa periférica

- Prescrição de enfermagem;

- Prescrição médica;

- Par de luvas de procedimento (descartáveis);

- Cateter venoso periférico: cateter sobre agulha (calibre 14 a 24 *gauge*) ou cateter agulhado tipo borboleta/*scalp* (calibre 19 a 27 *gauge*);

- Curativo primário de película transparente estéril e outros secundários como fita adesiva microporosa ou esparadrapo, se necessário;

- Garrote;

- Proteção para o leito do paciente, como papel descartável ou compressa;

- Algodão/compressa estéril com solução antisséptica de clorexidina alcoólica 2% ou, se contraindicado, povidine-iodo ou álcool 70%;

- Conjunto de extensão e torneira de três vias;

- Seringa de 10ml;

- Solução fisiológica 0,9%;

- Agulha 40 x 10;

- Aparelho de tricotomia;

- Tecnologias de imagem: transiluminador (luz infravermelha) ou ultrassom, se necessário;

Administração de medicamento em bolus

- Prescrição de enfermagem;

- Prescrição médica;

- Luvas de procedimentos;

- Seringa com a medicação preparada e identificada;

- Seringa de 10ml com solução fisiológica 0,9%;

- Algodão/compressa estéril com solução antisséptica de clorexidina alcoólica 2% ou, se contraindicado, povidine-iodo ou álcool 70%;

Administração de medicamento em intermitente

- Prescrição de enfermagem;
- Prescrição médica;
- Seringa ou bolsa com equipo e a medicação preparada e identificada;
- Seringa de 10ml;
- Solução fisiológica 0,9%;
- Algodão/compressa estéril com solução antisséptica de clorexidina alcoólica 2%, ou se contraindicado, povidine-iodo ou álcool 70%.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Punção venosa periférica

- Conferir as prescrições de enfermagem e médica;
- Higienizar as mãos;
- Preparar o material;
- Realizar a higienização das mãos no quarto/enfermaria do paciente;
- Identificar-se ao paciente: nome e categoria profissional;
- Identificar o paciente usando dois métodos de identificação (perguntar o nome do paciente e conferir o nome na pulseira de identificação);
- Explicar o cuidado a ser realizado ao paciente e/ou familiar/acompanhante;
- Solicitar ao paciente permissão para realizar o cuidado antes de tocar no mesmo;
- Avaliar história de alergias, principalmente, ao látex e iodo;
- Verificar se o paciente é canhoto ou destro;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente de forma confortável;
- Colocar uma proteção sob o braço do paciente, como papel descartável ou compressa;
- Estender completamente o braço do paciente: realizar abdução do braço num ângulo de 45º;
- Avaliar os possíveis locais para realizar a inserção do cateter venoso periférico. Considerar a possiblidade de utilizar tecnologias de imagem como transiluminador (luz infravermelha) ou ultrassom;
- Avaliar as preferências do paciente para selecionar o local de inserção do cateter

e considerar a não utilização do membro dominante;

- Aplicar o garrote de 5 a 15cm acima do local desejado para a inserção do cateter, sem impedir o fluxo venoso (por no máximo 2 minutos), ou seja, o pulso arterial deve ser facilmente detectado;

- Remover o garrote;

- Preencher o cateter, o conjunto de extensão e torneira de três vias com solução fisiológica 0,9% e manter fechado;

- Realizar tricotomia da pele se houver presença de pelos;

- Realizar antissepsia da pele (de cima para baixo e da esquerda para a direita - em sentido diagonal), no local escolhido para a punção venosa, com algodão/compressa estéril e solução antisséptica de clorexidina alcoólica 2% (ou se contraindicado, povidine-iodo ou álcool a 70%) por 30 segundo (repetir a antissepsia por três vezes), aguardando secar totalmente antes de aplicar novamente. Realizar a antissepsia numa área em torno de 10 a 15 cm de diâmetro (área da inserção + área de aplicação da película transparente). Caso utilize povidine-iodo deixar a solução na pele por 2 minutos ou até secar completamente (não aplicar álcool após o povidine-iodo);

- Informar o paciente que vai iniciar a punção venosa;

- Reaplicar o garrote;

- Abrir a embalagem do cateter;

- Remover a tampa que protege o cateter;

- Segurar o canhão do cateter venoso periférico com os dedos indicador e polegar da mão direita;

- Segurar, com a mão não dominante, o braço do paciente de forma que o seu polegar esteja posicionado abaixo do local da punção, acerca de 5 cm, e a seguir realizar leve tração sobre a pele em direção à sua mão;

- Informar ao paciente que vai realizar a punção venosa;

- Inserir a agulha do cateter venoso periférico lateralmente na pele do paciente, com o bisel voltado para cima num ângulo de 15º a 30º (quando penetrar na veia, baixar o cateter até o nível da pele), com movimento lento e contínuo;

- Observar o refluxo de sangue no tubo coletor (cilindro de segurança);

- Avançar o cateter aproximadamente 0,5 a 1,5cm para dentro da veia;

- Retirar a agulha (mandril) cerca 0,5cm (sem retirá-lo completamente) e continuar a avançar com o cateter para dentro da veia;

- Solicitar para o paciente abrir a mão;

- Aplicar pressão na pele (veia) acima da ponta do cateter com o dedo mínimo (para

evitar retorno de sangue) e com a mão esquerda soltar o garrote;

- Apertar a válvula de ativação (ver recomendação do fabricante de cada cateter), a seguir remover o mandril lentamente, mantendo a mão não dominante segurando o êmbolo do cateter sobre a pele e descartar o mandril no coletor de perfurocortante;

- Adaptar o conjunto de extensão e torneira de três vias ao cateter venoso periférico, que foi previamente preenchido com solução fisiológica 0,9%;

- Administrar a solução fisiológica 0,9% com a seringa de 10ml, utilizando a técnica *push-pause* (Volume: 2 vezes o *priming* do cateter e seus acessórios) e fechando a extensão ou torneira de três vias nos 0,5ml finais; e avaliar a permeabilidade do cateter, presença de dor ou infiltração nos tecidos próximos à extremidade distal do cateter (ponta);

- Aplicar curativo primário com película transparente estéril sobre o local da inserção, cobrindo o canhão e permitindo visualização constante do local de inserção do cateter;

- Posicionar o conjunto de extensão no sentido proximal do braço e fixar com fita adesiva microporosa ou esparadrapo na pele do paciente, de forma a não ocluir o local de inserção e a ponta do cateter;

- Identificar a punção venosa (Data, número do cateter venoso periférico, horário e nome do profissional que realizou a punção venosa);

- Conferir a permeabilidade do cateter venoso periférico;

- Remover as luvas de procedimento;

- Posicionar o paciente no leito, deixando-o confortável;

- Realizar educação do paciente ou familiar/acompanhante quanto a: objetivos da punção venosa e inserção do cateter; limitações quanto a mobilidade; potencias complicações e seus sinais e/ou sintomas; necessidade de comunicar à equipe de enfermagem quanto a presença de algum sinal e/ou sintoma de complicações, como dor, ardência, hiperemia, edema, secreção e sangramento;

- Descartar o material corretamente;

- Higienizar as mãos;

- Realizar o registro de enfermagem quanto à punção venosa no prontuário do paciente, especificando o local de inserção, calibre do cateter e intercorrências, se houver;

- Avaliar continuamente o local de inserção do cateter venoso periférico quanto a presença de sinais flogísticos;

* No caso de o cateter venoso ser indicado para infusão contínua de soluções ou para administração intermitente de medicamentos, ver orientações específicas, a seguir.

OBSERVAÇÕES

- Caso a pele esteja visivelmente suja, realizar limpeza com água e sabão antes de realizar a antissepsia com solução antisséptica de clorexidina alcoólica 2% ou outra;

- O garrote deve ser aplicado gentilmente ou não ser usado nos pacientes que apresentam comprometimento circulatório, fazem uso de anticoagulante ou com risco de sangramento, pois eles apresentam pele/veias frágeis;

- O garrote deve ser preferencialmente, descartável ou de material que possa ser submetido à desinfecção de baixo nível (limpeza com água e sabão, e desinfecção com álcool 70%) após o uso em cada paciente;

- Para melhorar a vasodilatação das veias: posicionar o braço em nível inferior ao coração por 1 a 2 minutos; orientar o paciente a abrir e fechar a mão, ou apertar uma bola de borracha ou um pano enrolado; realizar compressa quente no local por 7 a 10 minutos antes da punção venosa;

- Evitar usar termos técnicos ou abreviações com o paciente ou familiar/ acompanhante;

- Evitar realizar punção venosa no membro de paciente afetado por: acidente vascular cerebral, mastectomia, amputação, cirurgia plástica ou ortopédica de braço ou mão, com enxerto ou fístula arteriovenosa para hemodiálise;

- Não realizar punção venosa nos membros inferiores;

- Não aferir pressão arterial no membro com cateter venoso;

- Conectar a torneira de três vias à uma extensão e depois a extensão ao cateter venoso periférico. Não conectar a torneira diretamente no cateter venoso periférico;

- Iniciar a punção venosa pelas extremidades, com cada subsequente punção proximal (antebraço até braço) e alternar os membros entre direito e esquerdo;

- Selecionar veias de grande calibre e o dorso da mão somente em caso de administrar soluções não irritantes;

- Selecionar o local de inserção do cateter, considerando: a idade do paciente; as preferências do paciente; condições clínicas da pele, das veias e do paciente; história prévia de punção venosa; tempo previsto para duração da terapia endovenosa; características dos medicamentos prescritos (medicamentos com pH menor que 5 e maior que 9, osmolaridade maior que 600mOsm/l, medicamento irritante e/ou vesicante são indicados para serem administrados através de cateter venoso central ou cateter venoso central de inserção periférica-PICC); considerar, também, a habilidade do profissional para realizar a punção venosa;

- Restringir as tentativas de punção venosa para um máximo 2 punções por profissional, até um máximo de 4 tentativas. A partir de 4 tentativas, considerar a necessidade

utilizar tecnologias de imagem como transiluminador (luz infravermelha) ou ultrassom, ou a seleção de outro tipo de cateter;

- Evitar inserção de cateter em áreas de flexão, no punho (acima do polegar) e veias de calibre muito pequeno;

- Não realizar a punção venosa em: veias que tenham sido puncionadas anteriormente ou estejam esclerosadas; locais que apresentam lesões de pele, hematoma, equimose, hiperemia e edema ou próximo a locais com flebite e infiltração; e locais com uma descontinuação da veia;

- Selecionar o cateter sobre agulha de menor calibre possível, em geral, para adultos 20 a 24 *gauge*, para soluções viscosas e sangue 18 a 20 *gauge*; para neonatos 24 *gauge* e crianças maiores 22 a 24 *gauge*;

- Selecionar o cateter agulhado/*scalp* somente para administrar uma dose de medicamento. Não é indicado para permanência prolongada;

- Não tocar no local de punção após realizar a antissepsia da pele;

- Remover o cateter assim que seja desnecessário ou em caso de complicações, como flebite, infiltração, obstrução do cateter, dor, hematoma e equimose;

- Avaliar continuamente o local de inserção do cateter quanto à presença de sinais flogísticos que indiquem algum tipo de complicação. Ao identificar o primeiro sinal flogístico, o cateter deve ser removido e inserido um novo cateter no membro oposto, preferencialmente;

- Avaliar a necessidade de implementar tratamento em caso de complicação;

- Manter a agulha (mandril) do cateter venoso periférico dentro da própria capa (preferencialmente, utilize agulhas com dispositivo de segurança);

Administração de medicamento em bolus

- Conferir as prescrições de enfermagem e médica;

- Higienizar as mãos;

- Preparar o material e a medicação prescrita;

- Identificar o medicamento com: nome e leito do paciente, nome do medicamento, dose/volume, via de administração e horário;

- Certificar-se dos nove certos (paciente certo, medicação certa, forma farmacêutica certa, horário certo, via certa, dose/volume certo, orientação certa, registro certo da administração do medicamento, resposta certa);

- Levar o material para o leito do paciente;

- Realizar a higienização das mãos no quarto/enfermaria do paciente;

- Identificar-se ao paciente: nome e categoria profissional;

- Identificar o paciente usando dois métodos de identificação (perguntar o nome do paciente e conferir o nome na pulseira de identificação);

- Explicar os cuidados a serem realizado ao paciente e/ou familiar/acompanhante, informando o nome do medicamento a ser administrado, indicação e/ou efeito esperado;

- Solicitar ao paciente permissão para realizar o cuidado antes de tocar no mesmo;

- Avaliar história de alergias a medicamentos;

- Conferir a prescrição médica quanto ao nome do paciente, nome do medicamento, dose e via de administração;

- Calçar as luvas de procedimento;

- Avaliar o local de inserção e áreas próximas ao cateter venoso periférico quanto à presença de sinais flogísticos (dor, calor, rubor e edema);

- Realizar desinfecção da extensão ou torneira de três vias com solução antisséptica (solução de clorexidina alcoólica 2% ou álcool 70%), por 15 segundos (repetindo três vezes) e aguardar secar completamente para proceder à próxima desinfecção;

- Fechar a extensão e/ou sistema de soro, caso esteja em infusão contínua, durante o período de administração do medicamento;

- Remover a tampa protetora da extensão ou torneira de três vias (colocá-la dentro de uma embalagem estéril ou substituí-la posteriormente) e conectar a seringa com a solução fisiológica 0,9%. A seguir (antes de administrar o medicamento), avaliar a permeabilidade do cateter, lavando o cateter com 1ml de solução fisiológica 0,9%, observando as reações do paciente e a presença de dor e infiltração na área da extremidade final do cateter;

- Em caso de cateter permeável proceder a administração do medicamento;

- Fechar a extensão ou torneira de três vias e remover a seringa com a solução fisiológica 0,9%;

- Conectar a seringa com o medicamento na extensão ou torneira de três vias;

- Abrir a extensão ou torneira de três vias e administrar toda a medicação no tempo determinado (seguir as recomendações de tempo para cada medicamento e paciente), observando as condições do paciente e do local de inserção e áreas próximas ao cateter;

- Fechar a extensão ou torneira de três vias quando terminar de administrar o medicamento e remover a seringa;

- Conectar a seringa com a solução fisiológica 0,9% (Volume: 2 vezes o *priming* do cateter e seus acessórios) e lavar a extensão e o cateter utilizando a técnica *push-pause* (vide em observações, abaixo);

- Fechar a extensão ou torneira de três vias e remover a seringa;

- Administrar o segundo medicamento, caso houver;

- Após administrar o último medicamento, lavar a extensão e o cateter novamente com a solução fisiológica 0,9% (Volume: 2 vezes o *priming* do cateter e seus acessórios), utilizando a técnica *push-pause* (vide em observações, abaixo);

- Observar as reações do paciente e local de inserção e áreas próximas ao cateter enquanto administra o medicamento e lavar o cateter com solução fisiológica 0,9%;

- Conectar a tampa estéril na extensão ou torneira de três vias;

- Deixar o paciente confortável;

- Realizar as orientações quanto a efeitos desejáveis e possíveis efeitos colaterais, conforme prescrição de enfermagem;

- Retirar as luvas de procedimentos;

- Recolher todo o material e encaminhar para descarte;

- Observar os efeitos colaterais, conforme orientação da prescrição de enfermagem;

- Higienizar as mãos;

- Registrar e assinar o horário de administração do medicamento na prescrição médica;

- Registrar a administração do medicamento e intercorrências, caso ocorram, no prontuário;

Administração de medicamento intermitente com infusão lenta

- Realizar os passos de 1 a 16, descritos anteriormente na Administração de medicamento em bolus:

- Fechar a extensão ou torneira de três vias e remover a seringa com a solução fisiológica 0,9%;

- Preencher, lentamente, todo o equipo com a medicação presente na bolsa;

- Conectar o equipo com o medicamento na extensão ou torneira de três vias;

- Abrir a extensão ou torneira de três vias;

- Controlar o gotejamento (número de gotas X tempo), seguindo as recomendações de tempo para cada medicamento e paciente (vide prescrição de enfermagem e/ou médica);

- Observar as condições do paciente e do local de inserção e áreas próximas ao cateter durante a administração do medicamento;

- Ao término da administração do medicamento, fechar o equipo, a extensão ou torneira de três vias e remover o equipo;

- Conectar a seringa com a solução fisiológica 0,9% (Volume: 2 vezes o *priming* do cateter e seus acessórios) e lavar a extensão e o cateter utilizando a técnica *push-pause* (vide em observações, abaixo);

- Fechar a extensão ou torneira de três vias e remover a seringa;

- Conectar a tampa estéril à extensão ou torneira de três vias;

- Realizar os passos de 30 a 37, descritos anteriormente na Administração de medicamento em bolus.

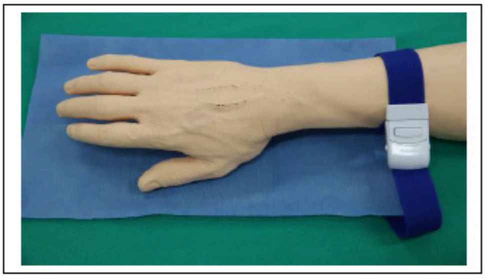
OBSERVAÇÃO

- Conferir a data de validade o medicamento antes do preparo;

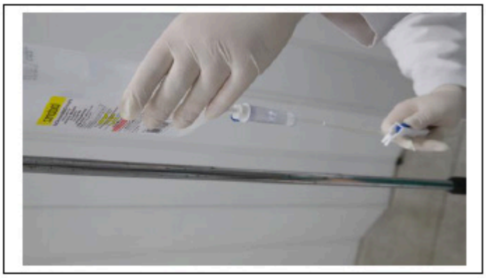
- Verificar a presença de partículas estranhas ou coloração diferente do medicamento antes e após o preparo. Se apresentar qualquer alteração não administrar o medicamento, devolvê-lo à farmácia.

















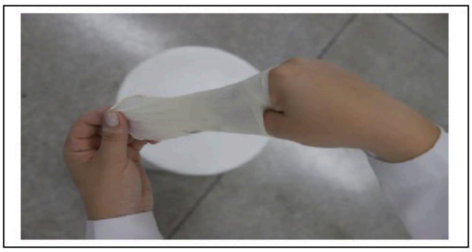












FLUXOGRAMA PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

HIGIENIZAR AS MÃOS
IDENTIFICAR O PACIENTE
EXPLICAR OS CUIDADOS A SEREM REALIZADOS
CALÇAR AS LUVAS DE PROCEDIMENTO

↓

AVALIAR OS POSSÍVEIS LOCAIS PARA REALIZAR A INSERÇÃO DO CATETER VENOSO PERIFÉRICO
APLICAR O GARROTE DE 5 A 15 CM ACIMA DO LOCAL DE INSERÇÃO
REALIZAR ANTISSEPSIA DA PELE COM ÁLCOOL A 70% E DEIXAR SECAR

↓

INSERIR A AGULHA DO CATETER LATERALMENTE NA PELE, COM O BISEL VOLTADO PARA CIMA, NUM ÂNGULO DE 15º A 30º
AVANÇAR O CATETER PARA DENTRO DA VEIA (0,5 A 1,5CM)
RETIRAR A AGULHA (CERCA 0,5CM) E CONTINUAR A AVANÇAR O CATETER TOTALMENTE
REMOVER O MANDRIL
ADAPTAR O CONJUNTO DE EXTENSÃO E TORNEIRA DE TRÊS VIAS AO CATETER

↓

AVALIAR A PERMEABILIDADE DO CATETER ADMINISTRANDO SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% COM TÉCNICA *PUSH-PAUSE*
APLICAR CURATIVO PRIMÁRIO COM PELÍCULA TRANSPARENTE ESTÉRIL
IDENTIFICAR A PUNÇÃO VENOSA
REALIZAR EDUCAÇÃO DO PACIENTE OU FAMILIAR/ACOMPANHANTE

↓

RECOLHER TODO O MATERIAL E ENCAMINHAR PARA DESCARTE;
HIGIENIZAR AS MÃOS

→

REALIZAR O REGISTRO DE ENFERMAGEM QUANTO À PUNÇÃO VENOSA

FLUXOGRAMA ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTO INTRAVENOSO

HIGIENIZAR AS MÃOS;
CONFERIR OS 9 CERTOS;
IDENTIFICAR O PACIENTE;
EXPLICAR OS CUIDADOS A SEREM REALIZADOS

↓

AVALIAR O LOCAL DE INSERÇÃO E ÁREAS PRÓXIMAS AO CATETER VENOSO;
REALIZAR DESINFECÇÃO DA EXTENSÃO OU TORNEIRA DE TRÊS VIAS;
INTERROMPER A SOLUÇÃO CONTÍNUA, SE HOUVER
AVALIAR A PERMEABILIDADE DO CATETER COM 1ML DE SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%;

↓

ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO NO TEMPO DETERMINADO;
LAVAR A EXTENSÃO E O CATETER COM SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%, UTILIZANDO A TÉCNICA *PUSH-PAUSE*;
ADMINISTRAR O SEGUNDO MEDICAMENTO, CASO HOUVER;
OBSERVAR AS REAÇÕES DO PACIENTE E LOCAL DE INSERÇÃO E ÁREAS PRÓXIMAS AO CATETER ENQUANTO ADMINISTRA O MEDICAMENTO;

↓

- **APÓS ADMINISTRAR O ÚLTIMO MEDICAMENTO, LAVAR A EXTENSÃO E O CATETER NOVAMENTE COM A SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (VOLUME: 2 VEZES O *PRIMING* DO CATETER E SEUS ACESSÓRIOS), UTILIZANDO A TÉCNICA *PUSH-PAUSE*;**
- **FECHAR A EXTENSÃO OU TORNEIRA DE TRÊS VIAS COM TAMPA ESTÉRIL OU REINICIAR A SOLUÇÃO CONTÍNUA, EM CURSO;**

↓

RECOLHER TODO O MATERIAL E ENCAMINHAR PARA DESCARTE;
HIGIENIZAR AS MÃOS;

→

REGISTRAR E ASSINAR O HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO.

REFERÊNCIAS

Frimpong, A.; Caguioa, J.; Octavo, G.. Promoting safe IV management in practice using H.A.N.D.S. **British Journal of Nursing**, v. 24, n. 2, p. S18, S20-3, 2015. doi: 10.12968/bjon.2015.24.Sup2.S18.

Infusion Nurses Society. Infusion therapy standards of practice. **Journal of Infusion Nursing**, v. 39, n. 1S, p. S1-S160, 2016.

NETTINA, S. M. Terapia intravenosa. In: _____. **Práticas de Enfermagem**. 10° edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. p. 81-99.

Perucca, R. Peripheral venous access devices. In: Alexander, M.; Carrigan, A.; Gorski, L.; Hankins, J.; Perucca, R. (Eds**.), Infusion nursing: An evidence-based approach.**3 edição. St Louis, US: Saunders/Elsevier. 2010. p. 456-479.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). **Blackbook Enfermagem.** 1ed. Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1

SANTANA, J.C.B, DUTRA, B.S, PEREIRA, HO, SILVA, E.A.M. SILVA, D. C. M. **PROCEDIMENTOS BÁSICOS E ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM: fundamentos para a prática.** Editora: AB Editora. Goiânia. 2011. 328 p.

SANTANA, Júlio César Batista; MELO, C. L. (Org.); DUTRA, Bianca Santana (Org.). **MONITORIZAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA: fundamentação para o cuidado.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. v. 1. 384p.

SANTANA, Júlio Cesar Batista (Org.); DUTRA, Bianca Santana, (Org.); MELO, Clayton Lima (Org.) **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: procedimentos básicos e especializados.** 1. ed. Curitiba: Editora CRV 2018. 726p.

CAPÍTULO 19

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRADÉRMICA

Júlio César Batista Santana

Marco Aurélio de Sousa

Bianca Santana Dutra

Ana Paula de Freitas Mota

CONCEITO

Técnica realizada para aplicação de medicação entre a derme e epiderme. Devido o tecido ser pouco distensível, só pode ser realizado aplicação de pequena quantidade de volume, o que varia de 0,1 a 0,5ml. Essa via de administração de medicação é geralmente utilizada para realização de testes alérgicos e aplicação de vacina BCG.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

Bandeja contendo:

- Seringa de pequeno volume (1 ml), com medicação prescrita e identificada;

- Agulha fina de bisel curto (13x4,5);

- Algodão seco;

- Luvas de procedimento.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Certificar-se da prescrição;

- Lavar as mãos;

- Preparar o medicamento;

- Enquanto segura o antebraço do paciente em sua mão, puxe a pele esticando com seu polegar;

- Com a mão livre, segurar a agulha em um ângulo de 15 graus em relação ao antebraço do paciente, com o bisel da agulha virada para cima;

- Inserir a agulha aproximadamente 2 mm;

- Observar o aparecimento de uma pápula;

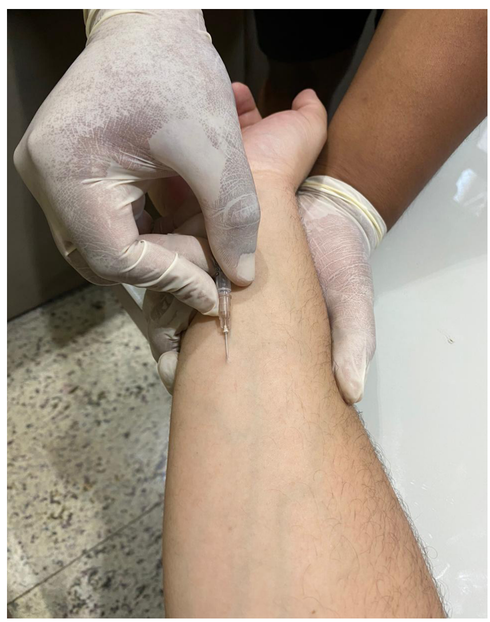
- Retirar a agulha na mesma angulação em que tenha sido inserida;

- Não massagear o local;

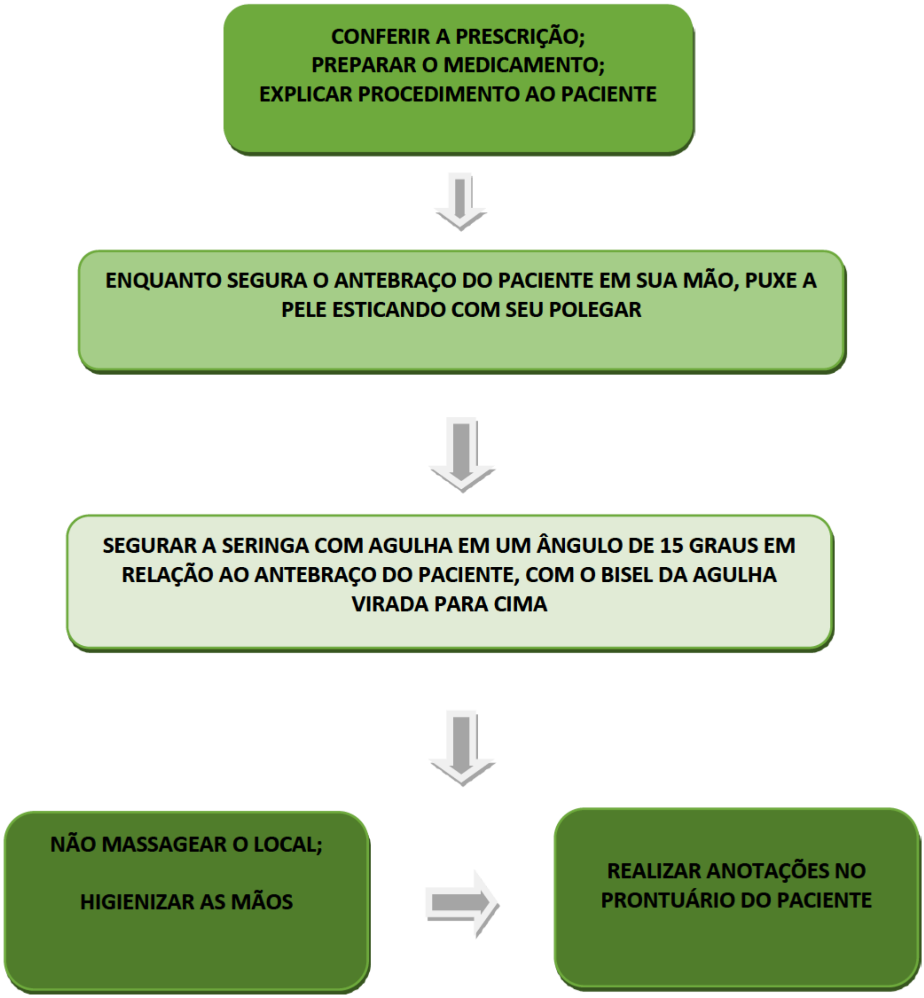
- Lavar as mãos;

- Realizar as anotações no prontuário.



FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko Ainda, OHNISHI, Mitsuko. **Técnicas Fundamentais De Enfermagem** - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

NETTINA, S. M. **Práticas de Enfermagem**. 10° edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2015. 1854p.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). **Blackbook Enfermagem.** 1ed.Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1

SANTANA, J.C.B, DUTRA, B.S, PEREIRA, HO, SILVA, E.A.M. SILVA, D. C. M. **PROCEDIMENTOS BÁSICOS E ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM: fundamentos para a prática.** Editora: AB Editora. Goiânia. 2011. 328 p.

SANTANA, Júlio César Batista; MELO, C. L. (Org.); DUTRA, Bianca Santana (Org.). **MONITORIZAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA: fundamentação para o cuidado.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. v. 1. 384p.

SANTANA, Júlio Cesar Batista (Org.); DUTRA, Bianca Santana, (Org.); MELO, Clayton Lima (Org.) **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: procedimentos básicos e especializados.** 1. ed. Curitiba: Editora CRV 2018. 726p.

VOLPATO, Andrea Cristine Bersane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

CAPÍTULO 20

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR (IM)

Luciene Muniz Braga

Andreia Guerra Simon

Fernanda Batista Oliveira Santos

Rosana Costa do Amaral

Júlio César Batista Santana

Ana Paula de Freitas Mota

CONCEITO

Consiste na administração de medicamentos ou soluções estéreis diretamente num músculo grande e profundo do corpo, permitindo que o medicamento seja absorvido rapidamente para a corrente sanguínea, com objetivo profilático ou curativo.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Prescrição de enfermagem;

- Prescrição médica;

- Par de luvas de procedimento (descartáveis);

- Seringa com medicação prescrita e identificada;

- Agulha de dimensão apropriada ao aporte muscular;

- Algodão/compressa estéril com álcool 70%, se a pele estiver visivelmente suja.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Conferir as prescrições de enfermagem e médica;

- Realizar a higienização das mãos;

- Preparar o material e a medicação prescrita;

- Após a medicação ser aspirada, retirar o ar da seringa;

- Identificar o medicamento com: nome e leito do paciente, nome do medicamento, dose/volume, via de administração e horário;

- Certificar-se dos nove certos (paciente certo, medicação certa, forma farmacêutica certa, horário certo, via certa, dose/volume certo, orientação certa, registro certo da administração do medicamento, resposta certa);

- Levar o material para o leito do paciente;

- Realizar a higienização das mãos no quarto/enfermaria do paciente;

- Identificar-se ao paciente: nome e categoria profissional;

- Identificar o paciente usando dois métodos de identificação (perguntar o nome do paciente e conferir o nome na pulseira de identificação);

- Explicar os cuidados a serem realizados ao paciente e/ou familiar/acompanhante, informando o nome do medicamento a ser administrado, indicação e/ou efeito esperado;

- Solicitar, ao paciente, permissão para realizar o cuidado antes de tocar no mesmo;

- Avaliar história de alergias a medicamentos;

- Conferir a prescrição médica quanto ao nome do paciente, nome do medicamento, dose e via de administração;

- Trocar a agulha de aspiração do medicamento por uma agulha de calibre adequado ao aporte muscular do paciente e orientação da prescrição de enfermagem (25 x 7 ou 30 x 7mm);

- Calçar as luvas de procedimento;

- Colocar o paciente deitado em decúbito dorsal, com as pernas estendidas ao longo do corpo;

- Manter a privacidade do paciente;

- Pedir o paciente para expor a região a ser selecionada para a injeção IM, ou auxiliá-lo, se necessário;

- Selecionar o local de injeção intramuscular, apropriado à idade do paciente, e ao tipo e volume de medicamento, conforme prescrição de enfermagem;

- Informar o paciente que vai realizar a antissepsia da pele;

- Fazer antissepsia da pele (de cima para baixo e da esquerda para a direita - em sentido diagonal), com algodão/compressa estéril com álcool 70% ou solução antisséptica de clorexidina alcoólica 2% (numa área em torno de 5 a 8 cm de diâmetro), e aguardar secar completamente;

- Orientar o paciente para não movimentar durante a administração do medicamento IM;

- Delimitar as referências anatômicas, conforme músculo escolhido:

Região vasto lateral – Músculo vasto lateral da coxa

- Posicionar o paciente sentado ou deitado em decúbito dorsal, para relaxar o músculo;

- Identificar o trocânter maior do fêmur e o côndilo femoral lateral do joelho, a seguir dividir em três partes, e selecionar o terço médio lateral do músculo vasto lateral para aplicação da injeção IM.

Região ventroglútea (Músculos glúteo médio e mínimo)

- Posicionar o paciente deitado em decúbito lateral, com o joelho dobrado;

- Técnica de *Hoschsteter* – posicionar a base da mão não dominante sobre o trocânter maior do fêmur do paciente, a seguir posicionar o dedo indicador sobre a espinha ilíaca anterossuperior e o dedo médio esticado dorsalmente, mas abaixo da crista ilíaca,

o mais distante possível, formando um triângulo (“V”). A região central formada por este triângulo (entre o dedo indicador e dedo médio) é o local de aplicação da injeção IM.

Região dorsoglútea (Músculos glúteos – quadrante superior externo (essa região não é recomendada para injeção IM)

- Posicionar o paciente deitado em decúbito ventral, para relaxar o músculo;

- Posicionar o dedo polegar no trocânter e o dedo médio na crista ilíaca;

- Posicionar o dedo indicador no ponto médio entre o dedo polegar e médio e deixar cair até o quadrante superior externo da nádega, no local da injeção IM.

Região deltoide (Músculo deltoide)

- Posicionar o paciente em pé ou sentado, com o braço posicionado ao longo do corpo, em direção à cintura, para relaxar o músculo;

- Identificar o processo do acrômio do ombro, como marcador superior, depois identificar a tuberosidade do deltoide (alinhada com a axila), como marcador inferior. A seguir desenhe um triângulo imaginário apontando para baixo a partir do acrômio. O local da injeção IM está no centro do triângulo, ou seja, entre o processo do acrômio do ombro e a tuberosidade do deltoide, aproximadamente dois dedos abaixo do processo do acrômio (2,5cm);

- Informar o paciente que vai administrar o medicamento;

- Realizar antissepsia da pele com álcool a 70%, se a pele estiver visivelmente suja;

- Aplicar a técnica em Z: Puxar a pele para baixo e para o lado, aproximadamente 1 a 2,5cm, com a mão não dominante (manter a posição até a remoção da agulha);

- Inserir a agulha rápida e firmemente através das camadas dérmicas, profundamente até o músculo, num ângulo de 90º (não introduzir toda a agulha, deixar uma distância de 6 mm entre o canhão da agulha e a pele);

- Manter a técnica-Z;

- Administrar toda a solução do medicamento, gentilmente, numa taxa que não exceda 1ml por segundos;

- Aguardar pelo menos dez segundos antes de retirar a agulha;

- Remover a agulha e a seringa delicadamente (mas de forma rápida), num ângulo de 90º, o mesmo utilizado para a inserção da agulha;

- Após remover a agulha soltar a mão da pele (técnica-Z);

- Aplicar compressão no local da injeção IM com algodão/compressa estéril seco, sem álcool (não massagear);

- Descartar a seringa e agulha no coletor de pérfurocortante;

- Posicionar o paciente, deixando-o confortável;

- Realizar as orientações quanto a efeitos desejáveis e possíveis efeitos colaterais, conforme prescrição de enfermagem;

- Remover as luvas de procedimento;

- Recolher todo o material e encaminhar para descarte;

- Observar os efeitos colaterais, conforme descrição da prescrição de enfermagem;

- Realizar a higienização das mãos;

- Registrar e assinar o horário de administração do medicamento na prescrição médica;

- Registrar a administração do medicamento e intercorrências, caso ocorram, no prontuário;

OBSERVAÇÕES

- Quando o volume de medicamento IM, a ser administrado, for menor que 1ml, usar seringa de 1ml;

- Alternar os locais de injeção IM e registrar o local de aplicação no prontuário do paciente;

- Os músculos glúteos apresentam riscos de complicações, como lesões de nervo ciático ou lesão subcutânea, por isso não são indicados para injeção IM;

- O músculo deltoide apresenta risco de lesão no nervo radial ou artéria radial, caso não seja realizada a injeção no local correto;

- Conferir a data de validade do medicamento antes do preparo;

- Verificar a presença de partículas estranhas ou coloração diferente do medicamento antes e após o preparo. Na presença de qualquer alteração não usar, guardar o medicamento para devolução à farmácia;

- O músculo deverá estar relaxado durante a injeção;

- Introduzir a agulha na pele e rompê-la rapidamente;

- Não mude a direção da agulha à medida que ela entra ou sai;

- Substituir a agulha que aspirou a medicação por outra exclusiva para a administração do medicamento IM;

- Não massagear o local da injeção, pois a massagem pode aumentar o trauma tissular;

- Em presença de sujidade da pele no local de aplicação da injeção IM, realizar a limpeza com água e sabão antes da antissepsia;

- Avaliar o local de aplicação da injeção IM entre 2 à 4h após, com o objetivo de identificar e monitorar efeitos adversos;

- A região ventroglútea é a mais segura, por isso, indicada para aplicação de injeção IM;

- As regiões de preferência para a aplicação de injeção IM devem ser salvos em algumas exceções, na seguinte ordem: região ventroglútea, região dorsoglútea, região da face antero lateral da coxa e região deltoidea;

- A região deltoide é indicada para a administração de pequeno volume de medicamento não irritante, como: vacinas (hepatite A e B), analgésicos, antieméticos, antibióticos e antipsicóticos;

- A injeção IM na região do deltoide nunca poderá ser aplicada abaixo do nível da axila;

- O músculo vasto lateral da coxa, que faz parte dos músculos do quadríceps, um dos maiores grupos de músculos no corpo, é bem desenvolvido ao nascimento e em bebês menores de 1 ano, por isso é o local preferido para

Injeção IM em menores de 12 meses;

- Volumes maiores que 3 ou 4ml, recomenda-se dividir a dose e aplicar em região distintas;

- Não é recomendado bolha de ar na ponta da seringa;

- Se a pele, no local de aplicação da injeção IM, estiver visivelmente limpa, não é necessário realizar desinfecção com álcool a 70%,

- Não tracionar o êmbolo da seringa para aspirar e verificar presença de sangue, esta ação não é recomendada, exceto para áreas muito vascularizadas como a região dorsoglútea, no entanto, essa região não é recomendada para injeção IM;

- Não introduzir toda a agulha no tecido, deixar uma distância de 6 mm da pele;

- Realizar a técnica em Z (comprimir gentilmente a pele com a mão não dominante, 1 cm para baixo e lateralmente, manter essa posição enquanto administra a medicação e após remover a agulha rapidamente, soltar a pele). O objetivo da técnica em Z é evitar o refluxo do medicamento, irritar o tecido adiposo ou mesmo perder uma quantidade do medicamento imediatamente após introdução de medicamento irritante, ou que pigmentam o tecido subcutâneo;

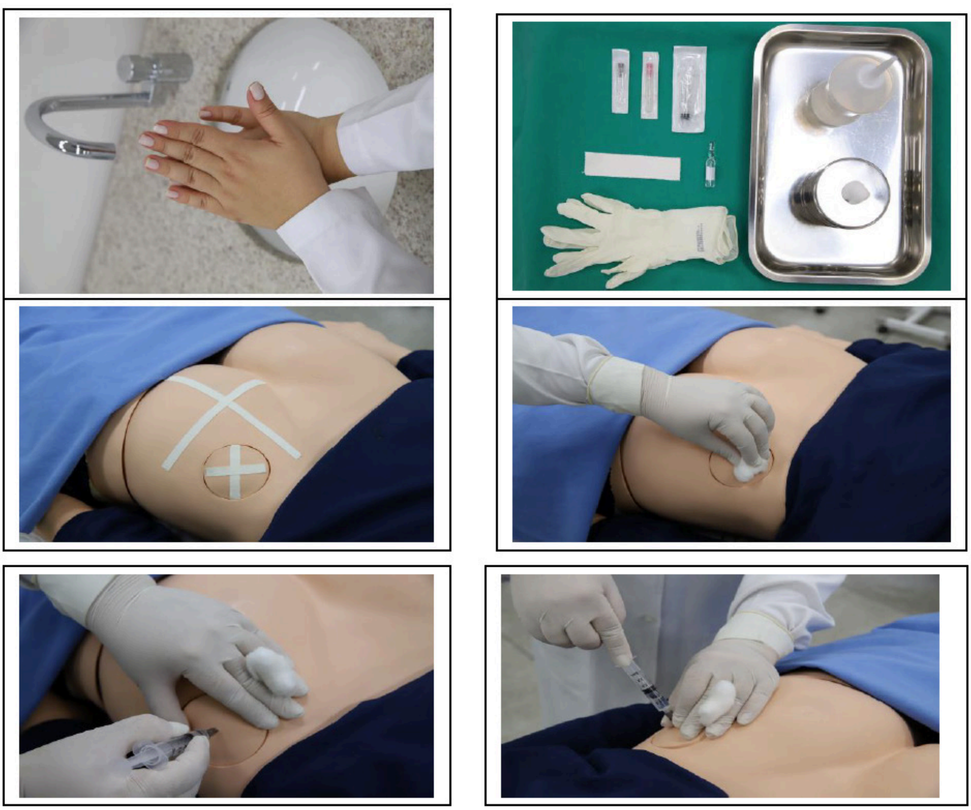
- São estratégias para minimizar a dor na realização da injeção IM: técnica correta, confiança do enfermeiro, injetar o medicamento lentamente, usar o menor diâmetro da agulha, entrar na pele rapidamente, assegurar que a ponta da agulha está afiada e livre de resíduos, utilizar uma agulha para preparar o medicamento e outra agulha para administrar o medicamento, selecionar uma agulha longa, selecionar a região ventroglútea,

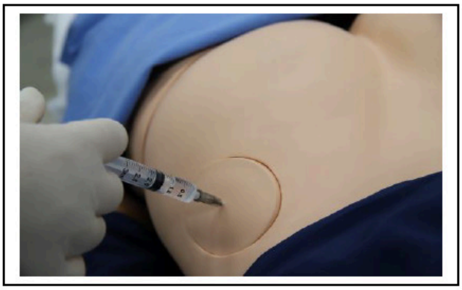
preferencialmente, ao invés da região dorsoglútea, realizar orientação ao paciente antes do cuidado, avaliar o paciente e quantidade de tecido adiposo, obter consentimento do paciente para realizar a injeção IM;

- Selecione o tamanho da agulha com base no sexo (em geral, a mulheres têm menos tecido adiposo), peso e índice de massa corporal do paciente, condição, local, característica do medicamento e volume;

- Antes de administrar o medicamento IM, é necessário conhecer o medicamento, sua formulação, indicação, via de administração, volume e efeitos colaterais;

Local aplicação injeção IM	Calibre da agulha	Volume para adulto
Ventroglúteo	30 x 7mm	2,5 ml (1 a 3 ml)
Dorsoglúteo	30 x 7mm	2 a 5 ml (1 a 5 ml)
Vasto Lateral da Coxa	25 x 7mm	2 a 4 ml (1 a 5 ml)
Deltoide	25 x 7mm	0,5 ml (0,5 a 2,0 ml), preferencialmente até 1ml.





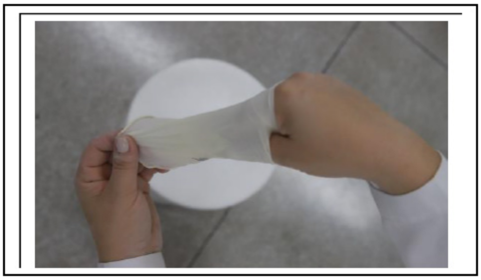












FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

COCOMAN, A; MURRAY, J. Intramuscular injections: a review of best practice for mental health nurses. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 15, p. 424–434, 2008. Acesso em: 13 jun. 2018.

FREITAG, V. L.; DALMOLIN, I. S.; BADKE, M. R.; PETRONI, S. Injeções intramusculares ventroglútea: o conhecimento da técnica pelos profissionais de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**. v. 9, supl. 2, p. 799-805, 2015. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10402/11170. Acesso em: 5 jun. 2018.

NETTINA, S. M. Terapia intravenosa. **Práticas de Enfermagem**. 10° edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. p. 81-99.

NICOLL, LESLIE H; HESBY, AMY. Intramuscular injection: an integrative research review and guideline for evidence-based practice. **Applied Nursing Research**, v. 16, n. 2, p. 149-162, 2002. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12173166. Acesso em: 11 jun. 2018.

OGSTON-TUCK, S. Intramuscular injection technique: an evidence-based approach**. Nursing Standard**. v. 29, n. 4, p. 52-59, 2014. Disponível em: https://rcni.com/sites/rcn_nspace/files/ns.29.4.52.e9183.pdf. Acesso em: 15 jun. 2018.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). **Blackbook Enfermagem.** 1ed.Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1

SANTANA, J.C.B, DUTRA, B.S, PEREIRA, HO, SILVA, E.A.M. SILVA, D. C. M. **PROCEDIMENTOS BÁSICOS E ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM: fundamentos para a prática.** Editora: AB Editora. Goiânia. 2011. 328 p.

SANTANA, Júlio César Batista; MELO, C. L. (Org.); DUTRA, Bianca Santana (Org.). **MONITORIZAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA: fundamentação para o cuidado.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. v. 1. 384p.

SANTANA, Júlio Cesar Batista (Org.); DUTRA, Bianca Santana, (Org.); MELO, Clayton Lima (Org.) **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: procedimentos básicos e especializados.** 1. ed. Curitiba: Editora CRV 2018. 726p.

VOLPATO, Andrea Cristine Bersane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

CAPÍTULO 21

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA SUBCUTÂNEA (SC)

Jaqueline Almeida Guimarães Barbosa

Karla Rona da Silva

Júlio César Batista Santana

Bianca Santana Dutra

Leila de Fátima Santos

Ana Paula de Freitas Mota

CONCEITO

Consiste na administração de medicamentos no tecido subcutâneo (SC).

O uso da via é indicado quando se almeja absorção gradual e sistêmica do medicamento. Não deve ser administrado sobre cicatrizes, locais com edema, hematomas, rubor, calor, dor, locais com alterações como hipotrofia ou hipertrofia do tecido SC. O volume máximo a ser aplicado nessa via é de 2 ml. A via SC é muito utilizada para a administração de anticoagulantes e de insulinas.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Luvas de procedimento;
- Bandeja ou cuba-rim;
- Etiquetas de identificação;
- Medicamento de acordo com prescrição;
- Usar preferencialmente seringas com agulha acoplada e agulha ultrafina;
- Álcool a 70%;
- Algodão.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Ler com atenção a prescrição médica, conferir o paciente e os medicamentos que devem ser administrados pela via subcutânea;
- Avaliar a compatibilidade do medicamento com a via de administração;
- Garantir os nove certos (paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, orientação correta, forma certa e resposta certa);
- Verificar se existem informações a respeito de alergia do paciente aos medicamentos prescritos;
- Preencher as etiquetas de identificação com informações do paciente e do medicamento;
- Realizar desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Separar os materiais, conferir nome, apresentação, dose necessária e data de validade;
- Preparar o medicamento de forma asséptica;
- Colar a etiqueta de identificação na embalagem da medicação a ser administrada;

- Higienizar as mãos;

- Reunir todos os materiais e levá-los até o paciente, devidamente identificados;

- Colocar os materiais sobre a mesa de cabeceira;

- Informar ao paciente acerca do medicamento e de sua forma de administração;

- Obter seu consentimento e realizar a avaliação dos possíveis locais a serem administrados;

- Calçar luvas de procedimento;

- Expor a região na qual será administrado o medicamento e realizar a desinfecção do local com álcool 70%, e esperar secar;

- Após secar, segurar o algodão entre os dedos mínimos e anelar da mão não dominante;

- Com o uso dos dedos polegar e indicador, fazer uma pinça/prega a fim de elevar o tecido subcutâneo;

- Segurar a seringa com os dedos polegar, indicador e médio e inserir a agulha com a angulação de 90° graus em um único movimento;

- Se for utilizada a agulha 13 x 4,5mm, a angulação deve ser a 45° graus;

- Em crianças, adolescentes e pessoas com escassez de tecido subcutâneo, mesmo com as agulhas ultrafinas a angulação deve ser a 45° graus a fim de evitar a administração no tecido intramuscular;

- Desfazer a prega cutânea;

- Injetar a medicação lentamente e aguardar 5 segundos;

- Remover a agulha delicadamente (mas de forma rápida) respeitando a mesma angulação utilizada para a inserção;

- Acionar o dispositivo de segurança da agulha;

- Exercer leve compressão local, com algodão, sem massagear;

- Retirar o material usado próximo ao leito e colocar na bandeja;

- Retirar as luvas, deixar na bandeja;

- Encaminhar os resíduos para o expurgo;

- Descartar a seringa no descarte perfurocortante e as luvas na lixeira de resíduos infectante;

- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e fazer desinfecção com álcool a 70%;

- Higienizar as mãos;

- Registrar em impresso próprio as anotações de enfermagem informando horário,

medicamento, dose, via de administração e o local específico onde foi administrado e intercorrências;

- Assinar e carimbar as anotações.

CUIDADOS

- Consultar os efeitos terapêuticos e colaterais, as interações medicamentosas, as reações adversas e os cuidados do medicamento específico antes de administrá-lo;

- Avaliar a indicação do uso do medicamento a partir da história clínica do paciente;

- Em caso de dúvidas no uso do medicamento, certificar-se com o médico ou farmacêutico previamente;

- As insulinas e os anticoagulantes são considerados medicamentos potencialmente perigosos, requerendo dupla conferência para evitar erros, o que deve ser feito por dois profissionais;

- Caso esteja prescrito insulina basal (NPH), essa deverá ser previamente homogeneizada antes de ser aspirada;

- O preparo de insulinas numa mesma seringa requer a aspiração primeiramente da insulina de ação rápida (Regular) e posteriormente do tipo basal (NPH); Para outros tipos de insulina, verificar compatibilidade entre elas;

- As insulinas devem ser retiradas da geladeira 30 minutos antes de serem administradas a fim de evitar dor na administração;

- Em caso de erro, esse deve ser informado o mais rapidamente possível a um médico para correções no tratamento, a fim de evitar complicações que podem ser graves e até fatais;

- Atentar para a graduação da seringa de insulina utilizada, havendo no mercado seringas graduadas de 2 em 2 unidades e de 1 em 1 unidade;

- Insulinas e anticoagulantes não são prescritos em ml;

- As insulinas têm validade de 30 dias depois de abertas, devendo a validade ser conferida antes do uso, assim como seu aspecto;

- Avaliar os resultados esperados para o medicamento administrado;

- Heparinas devem ser administradas no abdome e região da coxa;

- Gestantes não devem receber administração na região abdominal no último trimestre da gravidez;

- Realizar rodízio dos locais de aplicação em caso de injeções frequentes a fim de evitar lipodistrofias no tecido subcutâneo;

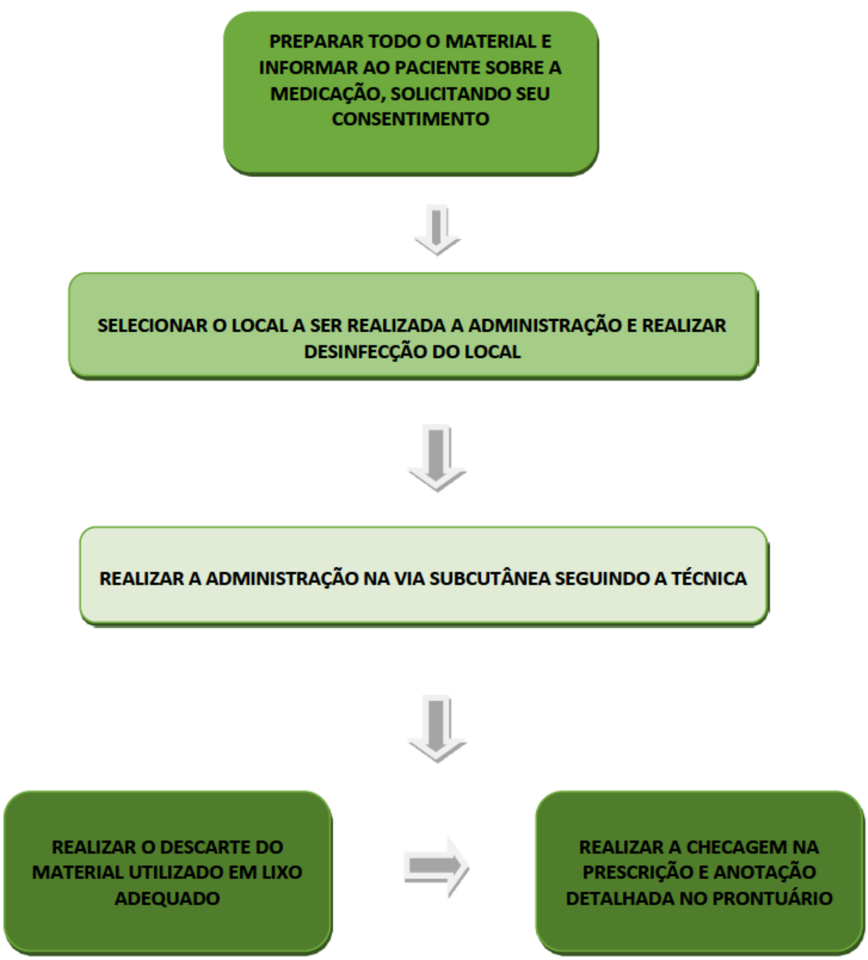
- Locais possíveis de administração: face externa e posterior do braço (3 dedos abaixo da axila e 3 dedos acima do cotovelo), terço médio da face lateral da coxa (4 dedos abaixo da virilha e 4 dedos acima do joelho), abdome distanciando em torno de 2,5 cm da cicatriz umbilical, quadrante superior externo das nádegas;

- Já são disponibilizadas no mercado agulha ultrafinas (4, 5, 6, 8 mm), mais seguras e confortáveis para os pacientes;

- Usar preferencialmente seringas com dispositivo de segurança e com agulhas acopladas, as quais não têm espaço morto e evitam redução da dosagem administrada;

- O mercado oferece a opção da administração de insulinas por meio de canetas injetoras que oferecem maior praticidade e segurança no preparo e administração da insulina, pela via subcutânea. Essas são de uso individual.

FLUXOGRAMA



ILUSTRAÇÃO

Região abdominal



Imagem 1 - Material.



Imagem 2 – Desinfecção Local.



Imagem 3 – Prega/Pinça Cutânea.



Imagem 4 – Administração.



Imagem 5 – Leve Compressão Local.



Imagem 6 - Descarte.

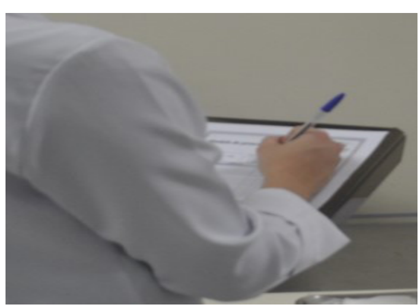


Imagem 7 – Anotação no Prontuário

Fotos: Assessoria de Comunicação da Escola de Enfermagem da UFMG, 2018

Região: face externa e posterior do braço



Imagem 1 - Material

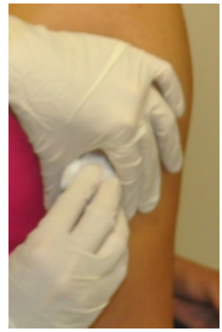


Imagem 2 – Desinfecção Local



Imagem 3 – Prega/Pinça Cutânea



Imagem 4 – Administração



Imagem 5 – Leve Compressão Local



Imagem 6 - Descarte

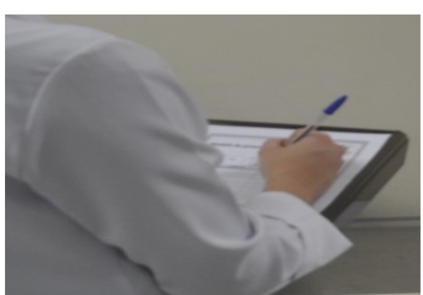


Imagem 7 – Anotação no Prontuário

Fotos: Assessoria de Comunicação da Escola de Enfermagem da UFMG, 2018

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Capacitação de pessoal em sala de vacinação. Manual do treinando.** Funasa, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/salavac_treinando_completo.pdf

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo se segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.** Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2017-2018/Sociedade Brasileira de Diabetes; [org. José Egídio Paulo de Oliveira - São Paulo: Ed. Clannad; 2017. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko Ainda, OHNISHI, Mitsuko. **Técnicas Fundamentais De Enfermagem** - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

NETTINA, S. M. **Práticas de Enfermagem**. 10° edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2015. 1854p.

STACCIARINI, Thaís Santos Guerra e CUNHA, Marina Hygina Rivbeiro **Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem.** São Paulo, Editora Atheneu, 2014.

VOLPATO, Andrea Cristine Bersane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

CAPÍTULO 22

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL

Karla Rona da Silva

Marina Dayrell de Oliveira Lima

Melissa Prado de Brito

Júlio César Batista Santana

Leila de Fátima Santos

Raiane Aparecida Martins Jacinto

CONCEITO

É a administração do medicamento pela boca sob a forma de comprimidos, drágeas, cápsulas, xarope, elixir, óleo, líquido, suspensão, pastilhas, pó e grânulos com a finalidade da absorção pelo trato digestivo. Refere-se a uma via fácil, segura e não requer técnica estéril na sua preparação.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Luvas de procedimento;

- Bandeja ou cuba-rim;

- Etiquetas de identificação;

- Medicamento de acordo com prescrição (comprimido/gotas);

- Copo descartável pequeno (para colocar medicamentos);

- Copo descartável padrão com água (para ingesta do medicamento);

- Colher ou espátula para misturar (caso a medicação seja reconstituída e/ou diluída);

- Seringa ou conta-gotas (quando necessário);

- Instrumento para cortar ou triturar comprimidos (quando necessário);

Álcool a 70%;

- Algodão.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Ler com atenção a prescrição médica, conferir o paciente e os medicamentos que devem ser administrados pela via oral;

- Avaliar a compatibilidade do medicamento com a via de administração;

- Garantir os nove certos (paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, orientação correta, forma certa e resposta certa);

- Verificar se existem informações a respeito de alergia do paciente aos medicamentos prescritos;

- Preencher as etiquetas de identificação com informações do paciente e do medicamento;

- Realizar desinfecção da bandeja com álcool a 70%;

- Separar o medicamento, conferir nome, apresentação, dose necessária e data de validade;

- Colar a etiqueta de identificação na embalagem do medicamento correspondente;

- Higienizar as mãos;

- Reunir todos os materiais e levá-los até o paciente, devidamente identificados;

- Apresentar-se para o paciente com nome e categoria profissional;

- Colocar os materiais sobre a mesa de cabeceira;

- Perguntar o nome completo para o paciente ou acompanhante;

- Conferir o nome do paciente na prescrição médica, na etiqueta de identificação do medicamento e na pulseira de identificação do paciente;

- Comprimidos ou cápsulas a partir de um frasco: derrame a quantidade necessária para a tampa do frasco e transfira a medicação para o copo de medicação;

- Não tocar a medicação com as mãos;

- Colocar os comprimidos ou capsulas de dose única diretamente no copo de medicamento;

- Remover a embalagem e libere o medicamento através da folha metálica ou papel dentro do copo de medicamento;

- Se a medicação for líquida, agite gentilmente o frasco;

- Remover a tampa e coloque-a de cabeça para baixo;

- Segurar o frasco com o rótulo contra a palma da mão enquanto estiver enchendo;

- Segurar o copo de medicação na altura dos olhos e encha-o até o volume desejado na escala;

- Certificar-se de que a escala esteja em equilíbrio com a superfície ou base do menisco, para não ultrapassar o volume prescrito;

- Puxar com uma seringa sem agulha o volume prescrito;

- Descartar qualquer excesso de líquido em uma pia;

- Administrar medicamentos líquidos embalados em copos de dose única diretamente do copo de dose única;

- Orientar o paciente sobre a medicação que irá ingerir;

- Identificar o medicamento preparado e o copo com a etiqueta de identificação;

- Pegar um copo com água;

- Conferir a etiqueta com os dados do paciente e do medicamento;

- Pedir ao paciente para sentar-se ou eleve a cabeceira do leito (45º a 90º);

- Entregar o copo com o medicamento e o copo com água ao paciente (ou colocar o medicamento sobre a língua do paciente - necessidade do uso das luvas de procedimento - caso o mesmo esteja impossibilitado);

- Oferecer água até a completa deglutição do medicamento;

- Certificar se o paciente ingeriu a medicação;

- Retirar o material usado próximo ao leito e colocar na bandeja;

- Retirar as luvas, deixar na bandeja;

- Encaminhar os resíduos para o expurgo;

- Descartar os resíduos em recipiente adequado;

- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e fazer desinfecção com álcool a 70%;

- Higienizar as mãos;

- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica utilizada;

- Registrar em impresso próprio, as anotações de enfermagem informando horário, medicamento, dose, via de administração oral e intercorrências;

- Assinar e carimbar as anotações.

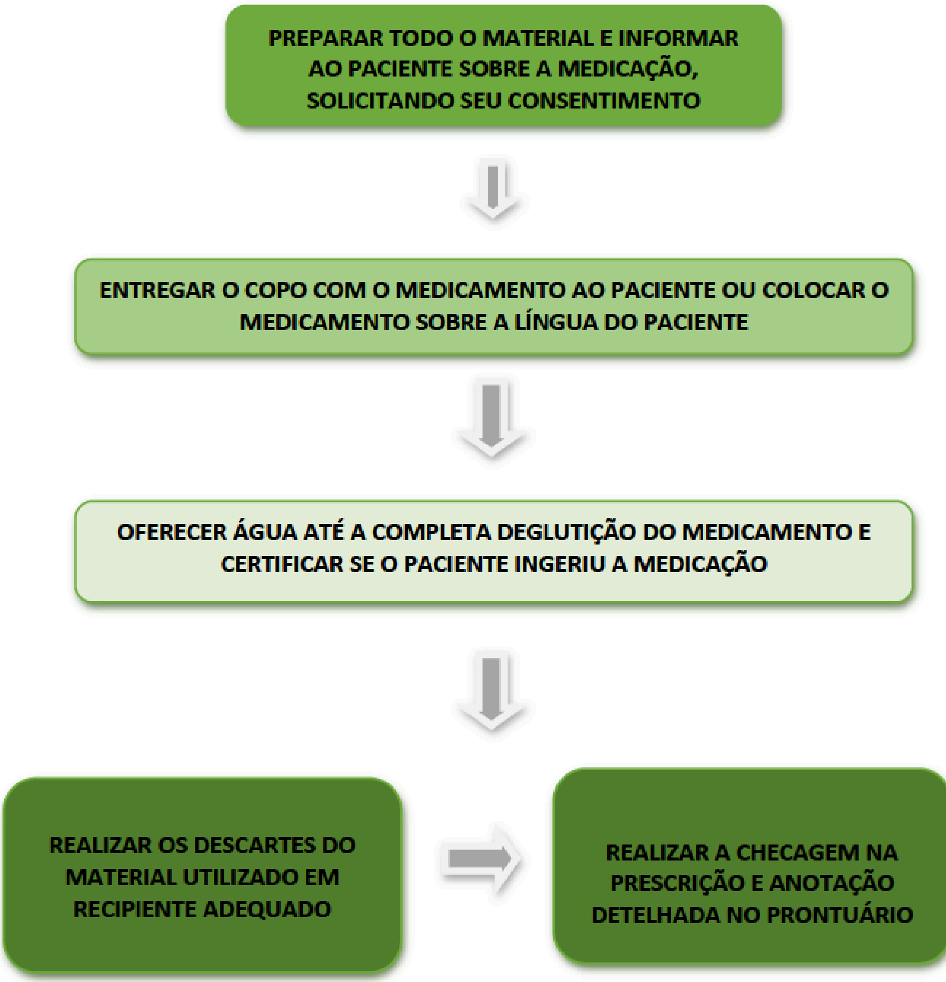
CUIDADOS

- Consultar os efeitos terapêuticos e colaterais, as interações medicamentosas, as reações adversas e os cuidados do medicamento específico antes de administrá-lo;

- Avaliar a indicação do uso do medicamento a partir da história clínica do paciente;

- Em caso de dúvidas no uso do medicamento, certificar-se com o médico ou farmacêutico previamente.

FLUXOGRAMA


PREPARAR TODO O MATERIAL E INFORMAR AO PACIENTE SOBRE A MEDICAÇÃO, SOLICITANDO SEU CONSENTIMENTO
ENTREGAR O COPO COM O MEDICAMENTO AO PACIENTE OU COLOCAR O MEDICAMENTO SOBRE A LÍNGUA DO PACIENTE
OFERECER ÁGUA ATÉ A COMPLETA DEGLUTIÇÃO DO MEDICAMENTO E CERTIFICAR SE O PACIENTE INGERIU A MEDICAÇÃO
REALIZAR OS DESCARTES DO MATERIAL UTILIZADO EM RECIPIENTE ADEQUADO
REALIZAR A CHECAGEM NA PRESCRIÇÃO E ANOTAÇÃO DETELHADA NO PRONTUÁRIO

ILUSTRAÇÃO





Imagem 1 - Material

Imagem 2 - Preparo da Medicação





Imagem 3 – Administração.

Imagem 4 - Administração.

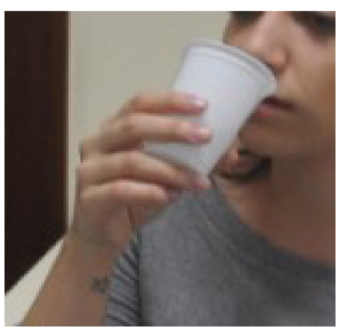




Imagem 5 - Deglutição.

Imagem 6 – Descarte.

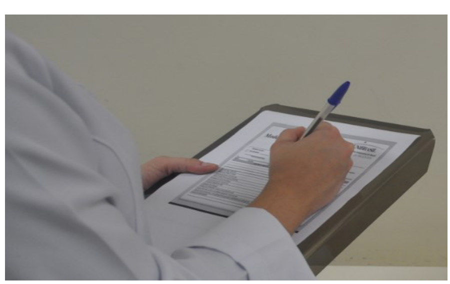


Imagem 7 – Anotação no Prontuário

Fotos: Assessoria de Comunicação da Escola de Enfermagem da UFMG, 2018

REFERÊNCIAS

MUSSI, N.M.; UTYAMA, I.K.A.; OHNISHI, M. **Técnicas Fundamentais De Enfermagem**. 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

NETTINA, S. M. **Práticas de Enfermagem**. 10ª edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2015. 1854p.

OLIVEIRA, R.G.(Org.). **Blackbook Enfermagem.** 1ª edição. Belo Horizonte: Black Book Editora. 2016. v. 1

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 9ª edição. Editora: Elsevier, Rio de Janeiro. 2018.

VOLPATO, A.C.B.; PASSOS, V.C.S. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

CAPÍTULO 23

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA NASAL

Karla Rona da Silva

Edna Andréa Pereira de Carvalho

Shirlei Moreira da Costa Faria

Marina Dayrell de Oliveira Lima

Leila de Fátima Santos

Raiane Aparecida Martins Jacinto

CONCEITO

É a administração de medicamentos de forma líquida no orifício nasal para absorção pela mucosa nasal. São usados geralmente para produzir efeitos locais.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Luvas de procedimento;

- Bandeja ou cuba-rim;

- Etiquetas de identificação;

- Medicamento de acordo com prescrição;

- Solução fisiológica 0,9 % (ampola 10 ml);

- Papel toalha;

- Gaze;

Álcool a 70%;

- Algodão.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Ler com atenção a prescrição médica, conferir o paciente e os medicamentos que devem ser administrados pela via nasal;

- Avaliar a compatibilidade do medicamento com a via de administração;

- Garantir os nove certos (paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, orientação correta, forma certa e resposta certa);

- Verificar se existem informações a respeito de alergia do paciente aos medicamentos prescritos;

- Preencher as etiquetas de identificação com informações do paciente e do medicamento;

- Realizar desinfecção da bandeja com álcool a 70%;

- Separar o medicamento, conferir nome, apresentação, dose necessária e data de validade;

- Colar a etiqueta de identificação na embalagem do medicamento correspondente;

- Higienizar as mãos;

- Reunir todos os materiais e levá-los até o paciente, devidamente identificados;

- Apresentar-se para o paciente com nome e categoria profissional;

- Colocar os materiais sobre a mesa de cabeceira;

- Conferir o nome do paciente na prescrição médica, na etiqueta de identificação do medicamento e na pulseira de identificação do paciente;

- Perguntar o nome completo para o paciente ou acompanhante;

- Orientar o cliente quanto ao procedimento a ser realizado explicando a ação do medicamento e possíveis reações, se uso pela primeira vez;

- Enfatizar a relevância de sua cooperação para o êxito do procedimento;

- Calçar luvas de procedimento;

- Solicitar ao paciente que se sente e incline cabeça para trás;

- Caso o paciente não consiga sentar-se, posicioná-lo em decúbito dorsal e colocar o travesseiro sob o ombro de modo que a cabeça fique inclinada para trás;

- Realizar a limpeza das narinas anteriormente à administração do medicamento, com gaze umedecida com SF 0,9%, caso necessário;

- Pingar a medicação nas narinas evitando que o frasco da medicação encoste nelas;

- Instruir o paciente a permanecer nesta posição por 2 a 3 minutos;

- Deixar o paciente seguro e confortável;

- Retirar o material usado próximo ao leito e colocar na bandeja;

- Retirar as luvas de procedimento e deixar na bandeja;

- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e fazer desinfecção com álcool a 70%;

- Higienizar as mãos;

- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica utilizada;

- Registrar em impresso próprio as anotações de enfermagem informando horário, medicamento, dose, via de administração e intercorrências;

- Assinar e carimbar as anotações.

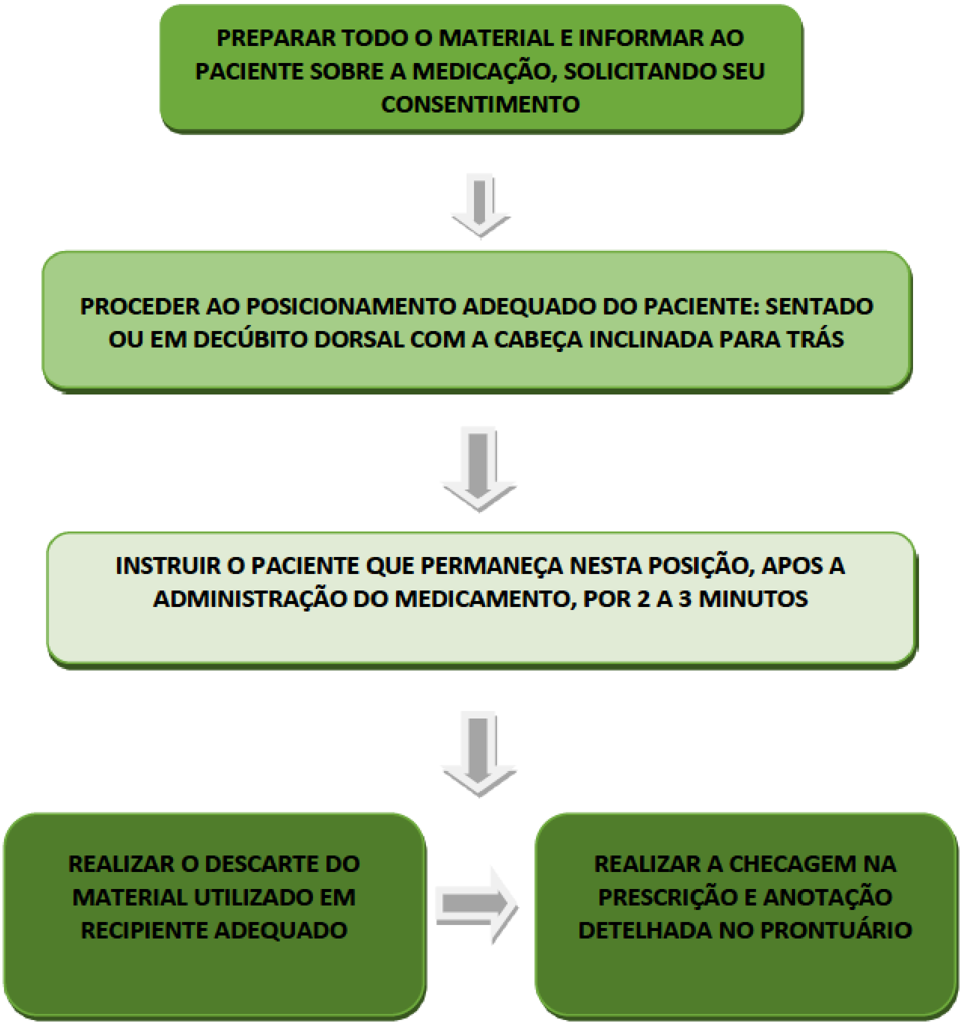
CUIDADOS

- Consultar os efeitos terapêuticos e colaterais, as interações medicamentosas, as reações adversas e os cuidados do medicamento específico antes de administrá-lo.

- Se presença de secreção de via aérea, anotar características da mesma.

- Escrever a data de abertura do medicamento em adesivo/rótulo de identificação e fixar no frasco.

FLUXOGRAMA

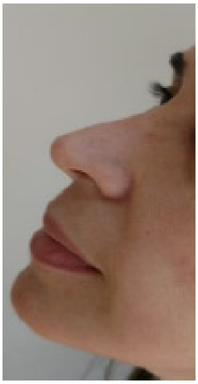

PREPARAR TODO O MATERIAL E INFORMAR AO PACIENTE SOBRE A MEDICAÇÃO, SOLICITANDO SEU CONSENTIMENTO
PROCEDER AO POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE: SENTADO OU EM DECÚBITO DORSAL COM A CABEÇA INCLINADA PARA TRÁS
INSTRUIR O PACIENTE QUE PERMANEÇA NESTA POSIÇÃO, APOS A ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO, POR 2 A 3 MINUTOS
REALIZAR O DESCARTE DO MATERIAL UTILIZADO EM RECIPIENTE ADEQUADO
REALIZAR A CHECAGEM NA PRESCRIÇÃO E ANOTAÇÃO DETELHADA NO PRONTUÁRIO

ILUSTRAÇÃO





Imagem 1 - Material. Imagem 2 - Higienização.



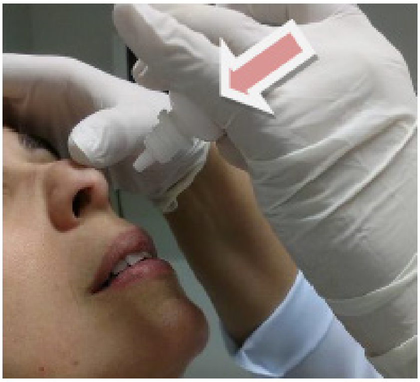


Imagem 3 - Posição Imagem 4 - Administração.



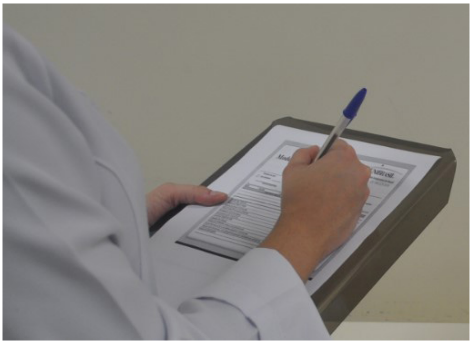


Imagem 5 - Descarte. Imagem 6 – Anotação no Prontuário.

Fotos: Assessoria de Comunicação da Escola de Enfermagem da UFMG, 2018.

REFERÊNCIAS

BRASIl. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo se segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio, [et al] **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. 2ª edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2017. 424p

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko Ainda, OHNISHI, Mitsuko. **Técnicas Fundamentais De Enfermagem** - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

NETTINA, S. M. **Práticas de Enfermagem**. 10° edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2015. 1854p.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). **Blackbook Enfermagem.** 1ed.Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1

PERRY, A. G.; POTTER, P. A.; ELKIN. M. K. **Procedimentos e Intervenções de Enfermagem**. 5ª edição. Editora: Elsevier, Rio de Janeiro. 2013. 757p.

ROSIN, Ana Claudia. **Farmacologia.** 1ª edição. Editora: SESES Estácio, Rio de Janeiro, 2015. 146p.

SANTANA, J.C.B, DUTRA, B.S, PEREIRA, HO, SILVA, E.A.M. SILVA, D. C. M. **PROCEDIMENTOS BÁSICOS E ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM: fundamentos para a prática.** Editora: AB Editora. Goiânia. 2011. 328 p.

SANTANA, Júlio César Batista; MELO, C. L. (Org.); DUTRA, Bianca Santana (Org.). **MONITORIZAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA: fundamentação para o cuidado.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. v. 1. 384p.

SANTANA, Júlio Cesar Batista (Org.); DUTRA, Bianca Santana, (Org.); MELO, Clayton Lima (Org.) **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: procedimentos básicos e especializados.** 1. ed. Curitiba: Editora CRV 2018. 726p.

VOLPATO, Andrea Cristine Bersane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

CAPÍTULO 24

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA RETAL

Karla Rona da Silva

Alexandre Viana de Andrade

Júlio César Batista Santana

Bianca Santana Dutra

Leila de Fátima Santos

Raiane Aparecido Martins Jacinto

CONCEITO

É a introdução de medicamentos no reto, indicada quando não há possibilidade ou tolerância de se utilizar a via oral e ainda quando a medicação está disponível em forma de supositório, clister medicamentoso ou pomada/creme. É uma via de escolha para administração de drogas que sofrem elevado metabolismo hepático de primeira passagem ou provocam excessiva irritação gastrointestinal.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Luvas de procedimento;

- Bandeja ou cuba-rim;

- Etiquetas de identificação;

- Medicamento de acordo com prescrição (supositório, creme, pomada ou solução);

- Biombo (quando necessário);

- Sonda retal (nº 20, 22 ou 24 se adulto);

- Aplicador retal (para pomadas ou cremes);

- Lubrificante (gel anestésico ou vaselina);

- Gaze;

- Papel higiênico ou tecido não estéril;

Álcool a 70%;

- Algodão.

Em caso se soluções (enema), acrescentar:

- Frasco da solução prescrita;

- Forro impermeável, lençol ou toalha de banho;

- Comadre;

- Máscara cirúrgica;

- Óculos de proteção;

- Avental.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Ler com atenção a prescrição médica, conferir o paciente e os medicamentos que devem ser administrados pela via retal;

- Avaliar a compatibilidade do medicamento com a via de administração;

- Garantir os nove certos (paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, orientação correta, forma certa e resposta certa).

- Verificar se existem informações a respeito de alergia do paciente aos medicamentos prescritos;

- Preencher as etiquetas de identificação com informações do paciente e do medicamento;

- Realizar desinfecção da bandeja com álcool a 70%;

- Separar os materiais, conferir nome, apresentação, dose necessária e data de validade;

- Colar a etiqueta de identificação na embalagem do medicamento correspondente;

- Higienizar as mãos;

- Reunir todos os materiais e leva-los até o paciente, devidamente identificados;

- Colocar os materiais sobre a mesa de cabeceira;

- Perguntar o nome completo para o paciente ou acompanhante;

- Orientar o paciente sobre a medicação;

- Promover privacidade com biombo (se necessário);

- Preparar o medicamento de forma asséptica;

- Informar ao paciente acerca do medicamento e de sua forma de administração;

- Obter seu consentimento e realizar a avaliação do local a ser administrado;

- Calçar luvas de procedimento;

- Posicionar a cama em posição baixa e sem travesseiro;

- Avaliar necessidade de oferecer pijama;

- Forrar a cama com forro impermeável, lençol ou toalha de banho (em caso de enema);

- Calçar luvas de procedimento;

- Colocar avental, óculos de proteção e máscara (em caso de enema);

- Orientar ou colocar o paciente em posição de Sims (decúbito lateral esquerdo, com o membro inferior esquerdo estendido e o direito fletido), expondo somente a área necessária para a introdução do medicamento;

- Lubrificar as extremidades de sondas quando estas forem utilizadas;

- Afastar a nádega direita do paciente com uma das mãos, com auxílio de papel higiênico e observar se há, no ânus, presença de hemorroidas, fístulas ou lesões perianais;

- Solicitar ao paciente que respire profundamente e tente relaxar o esfíncter anal;

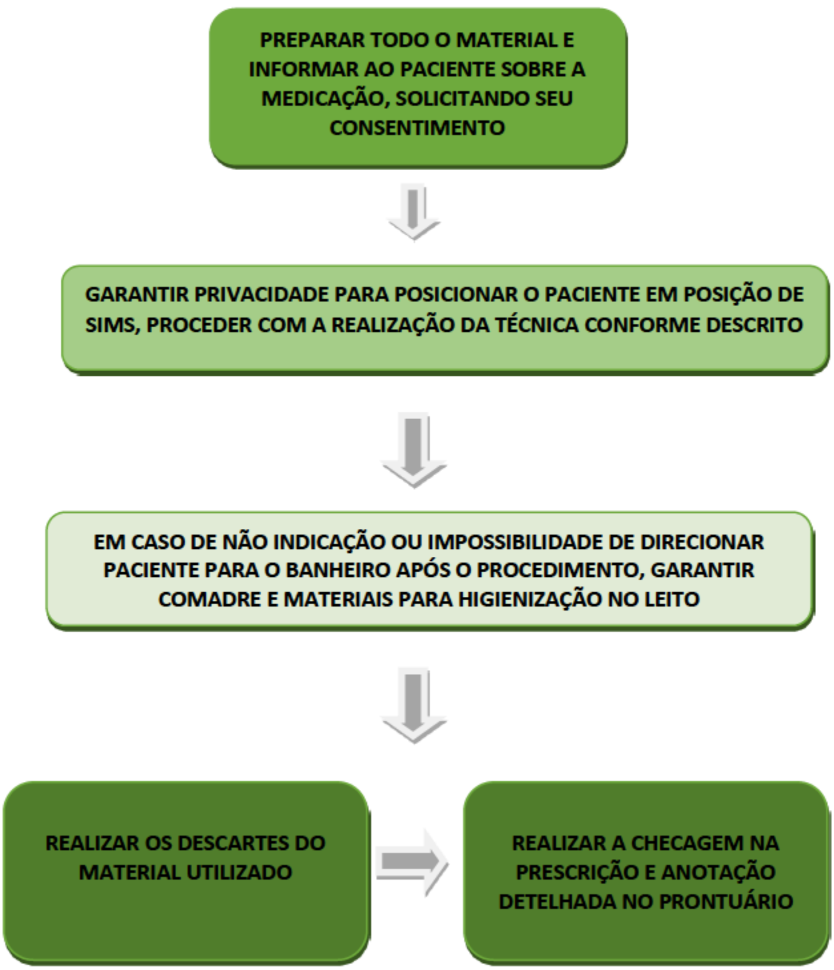
- Introduzir delicadamente o produto além do esfíncter anal e pedir ao paciente que o retenha pelo tempo que conseguir (de 5 a 15 minutos), para maximizar a absorção;

- Avaliar necessidade de comadre caso não haja possibilidade ou indicação do

paciente utilizar o vazo sanitário;

- Auxiliar o paciente na higiene após o procedimento;
- Orientar ou colocar o paciente em posição de conforto;
- Recolher todo material utilizado descartando o que for necessário e encaminhando para o expurgo os materiais permanentes;
- Organizar o leito;
- Retirar as luvas, óculos, máscara;
- Lavar as mãos;
- Checar o horário da administração do medicamento;
- Proceder às anotações de enfermagem com assinatura e carimbo.

FLUXOGRAMA



ILUSTRAÇÃO



Imagem 1 - Material.



Imagem 2 – Tecido impermeável.



Imagem 3 – Posição de *Sims*.



Imagem 4 – Administração.



Imagem 5 – Administração.





Imagem 6 - Auxilio na Retenção Imagem 7 – Promover Conforto



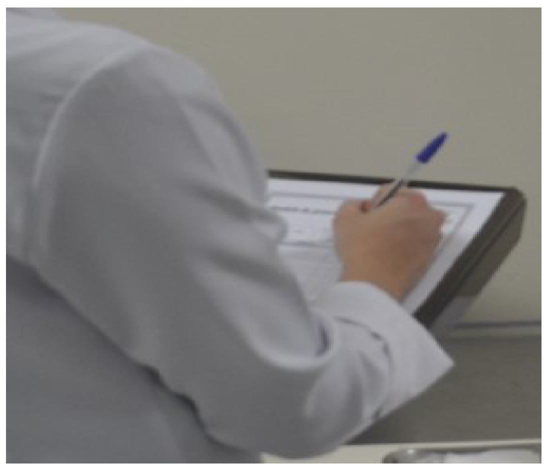


Imagem 8 - Descarte. Imagem 9 – Anotação no Prontuário.

Fotos: Assessoria de Comunicação da Escola de Enfermagem da UFMG, 2018.

REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. 2ª edição. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2017. 330p.

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko Ainda, OHNISHI, Mitsuko. **Técnicas Fundamentais De Enfermagem** - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

NETTINA, S. M. **Práticas de Enfermagem**. 10° edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2015. 1854p.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). **Blackbook Enfermagem.** 1ed. Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1

POTTER, P.A; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7º edição. Editora: Elsevier, Rio de Janeiro. 2009. 911 p;

SANTANA, J.C.B, DUTRA, B.S, PEREIRA, HO, SILVA, E.A.M. SILVA, D. C. M. **PROCEDIMENTOS BÁSICOS E ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM: fundamentos para a prática.** Editora: AB Editora. Goiânia. 2011. 328 p.

SANTANA, Júlio César Batista; MELO, C. L. (Org.) ; DUTRA, Bianca Santana (Org.) . **MONITORIZAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA: fundamentação para o cuidado.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. v. 1. 384p.

SANTANA, Júlio Cesar Batista (Org.); DUTRA, Bianca Santana, (Org.); MELO, Clayton Lima (Org.) **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: procedimentos básicos e especializados.** 1. ed. Curitiba: Editora CRV 2018. 726p.

SILVA, Penildon. **Farmacologia**. 7ª Edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2006.

VOLPATO, Andrea Cristine Bersane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

CAPÍTULO 25

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA SUBLINGUAL (SL)

Karla Rona da Silva

Jaqueline Almeida Guimarães Barbosa

Kênia Cristina Soares Fonseca de Magalhães

Júlio César Batista Santana

Leila de Fátima Santos

Raiane Aparecida Martins Jacinto

CONCEITO

A administração de medicamentos por via sublingual consiste na administração de alguns comprimidos ou de gotas de determinados fármacos diretamente sob a língua. Esta é uma região constituída por uma mucosa com um epitélio fino e rico em vasos sanguíneos, através dos quais ocorre rápida absorção do medicamento na corrente sanguínea. Em cerca de um minuto a medicação já atinge os primeiros vasos sanguíneos e após de 10 minutos já está circulando pelos órgãos e pelas veias mais internas, propiciando uma resposta mais rápida ao agravo do paciente. É contra-indicada para pacientes confusos, comatosos ou agitados, com lesão na mucosa sublingual, bem como em crianças pequenas.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Luvas de procedimento;

- Bandeja ou cuba-rim;

- Etiquetas de identificação;

- Medicamento de acordo com prescrição (comprimido/gotas);

- Instrumento para cortar ou triturar comprimidos (quando necessário);

- Abaixador de língua ou espátula;

- Álcool a 70%;

- Algodão.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Ler com atenção a prescrição médica, conferir o paciente e o(s) medicamento(s) que devem ser administrados pela via sublingual;

- Avaliar a compatibilidade do medicamento com a via de administração;

- Garantir os nove certos (paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, orientação correta, forma certa e resposta certa);

- Verificar se existem informações a respeito de alergia do paciente aos medicamentos prescritos;

- Preencher as etiquetas de identificação com informações do paciente e do medicamento;

- Realizar desinfecção da bandeja com

álcool a 70%;

- Separar o medicamento, conferir nome, apresentação, dose necessária e data de validade;

- Colar a etiqueta de identificação na embalagem do medicamento correspondente;

- Higienizar as mãos;

- Reunir todos os materiais e levá-los até o paciente, devidamente identificados;

- Apresentar-se para o paciente com nome e categoria profissional;

- Colocar os materiais sobre a mesa de cabeceira;

- Conferir o nome do paciente na prescrição médica, na etiqueta de identificação do medicamento e na pulseira de identificação do paciente;

- Perguntar o nome completo para o paciente ou acompanhante;

- Orientar o paciente sobre a medicação que será colocada sob a língua;

- Pedir ao paciente para sentar-se ou eleve a cabeceira do leito (45º a 90º), quando possível;

- Calçar luvas de procedimento na mão dominante;

- Inspecionar a boca do paciente para ver se há irritação ou ulceração, pois, pode interferir na ação do fármaco;

- Solicitar ao paciente que abra a boca e eleve a língua até encostar no palato;

- Retirar o medicamento da embalagem;

- Colocar o medicamento entre a língua e o assoalho da boca;

- Administrar sempre no lado oposto ao que foi utilizado para a dose anterior;

- Se o paciente apresentar dificuldade de abrir a boca ou levantar a língua coloque a extremidade de um abaixador de língua (espátula) sob a língua e coloque o comprimido na outra extremidade. Assim, o medicamento deslizará para baixo e para dentro do espaço sublingual;

- Lembrar-se de alternar os lados da boca do paciente quando for administrar mais de uma dose de medicamento sublingual;

- Pedir ao paciente que feche a boca e mantenha o medicamento na posição até que ele se dissolva;

- Oriente ao paciente que o comprimido sublingual deve ficar sob a língua e que ele não deve mastigá-lo ou engoli-lo;

- Retirar o material usado próximo ao leito e colocar na bandeja;

- Retirar a luva, deixar na bandeja;

- Encaminhar os resíduos para o expurgo;

- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e fazer desinfecção com álcool a 70%;

- Higienizar as mãos;

- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica utilizada;

- Registrar em impresso próprio as anotações de enfermagem informando horário, medicamento, dose, via de administração e intercorrências;

- Assinar e carimbar as anotações.

CUIDADOS

- Consultar os efeitos terapêuticos e colaterais, as interações medicamentosas, as reações adversas e os cuidados do medicamento específico antes de administrá-lo;

- Analisar sempre se o medicamento tem viabilidade com a via prescrita;

- Avaliar a indicação do uso do medicamento a partir da história clínica do paciente;

- Em caso de dúvidas no uso do medicamento, certificar-se com o médico ou farmacêutico previamente;

- Se o paciente for fumante, diga-lhe que não fume até que o medicamento sublingual tenha se dissolvido totalmente, pois os efeitos vasoconstritores da nicotina diminuirão a velocidade de absorção do medicamento;

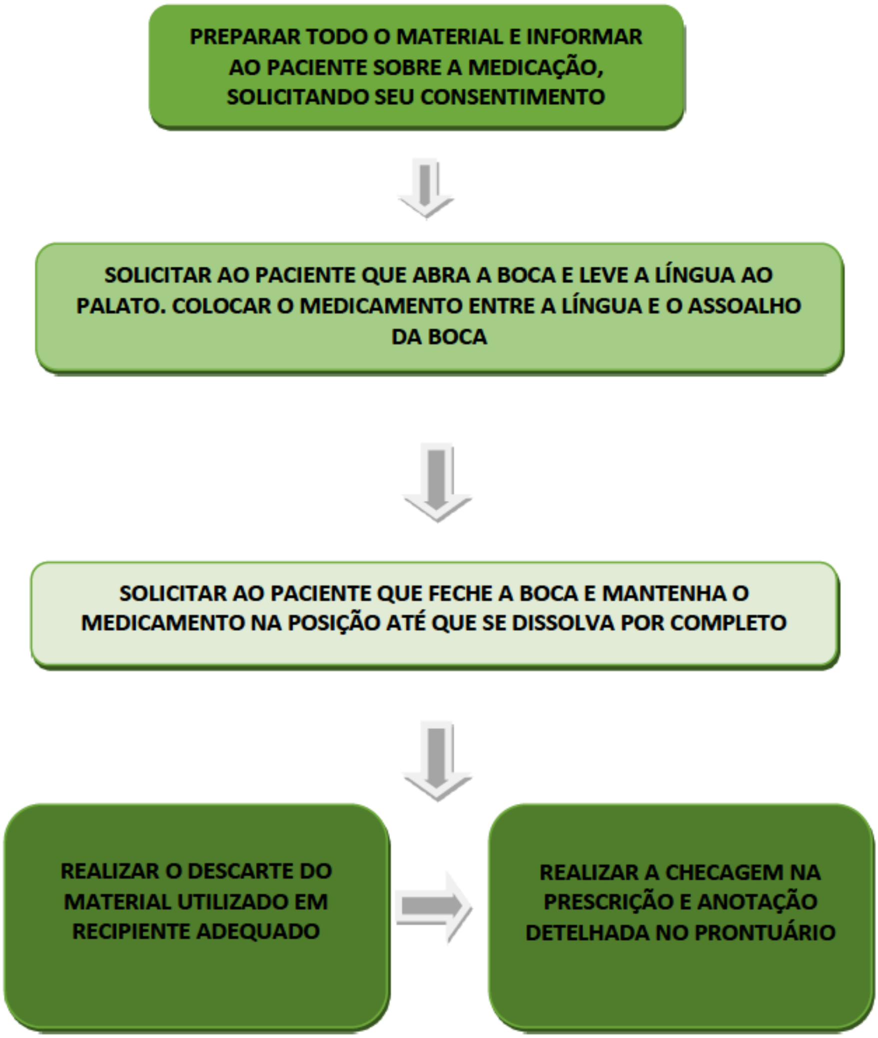
- Se o medicamento for de nitroglicerina, ensine-o a molhar o comprimido com saliva antes de posicioná-lo embaixo da língua. Isso acelera a absorção;

- Se o paciente tiver medicamento a receber por via oral no mesmo horário, essa deverá ser administrada antes da medicação por via sublingual;

- Não oferecer água após ter colocado o medicamento sob a língua e orientar que ele não faça a ingestão de líquidos por 10 a 15 minutos;

- Aguardar os resultados do medicamento administrado a partir de 10 a 15 minutos.

FLUXOGRAMA


PREPARAR TODO O MATERIAL E INFORMAR AO PACIENTE SOBRE A MEDICAÇÃO, SOLICITANDO SEU CONSENTIMENTO
SOLICITAR AO PACIENTE QUE ABRA A BOCA E LEVE A LÍNGUA AO PALATO. COLOCAR O MEDICAMENTO ENTRE A LÍNGUA E O ASSOALHO DA BOCA
SOLICITAR AO PACIENTE QUE FECHE A BOCA E MANTENHA O MEDICAMENTO NA POSIÇÃO ATÉ QUE SE DISSOLVA POR COMPLETO
REALIZAR O DESCARTE DO MATERIAL UTILIZADO EM RECIPIENTE ADEQUADO
REALIZAR A CHECAGEM NA PRESCRIÇÃO E ANOTAÇÃO DETELHADA NO PRONTUÁRIO

ILUSTRAÇÃO





Imagem 1 - Material.   Imagem 2 - Língua no Palato.

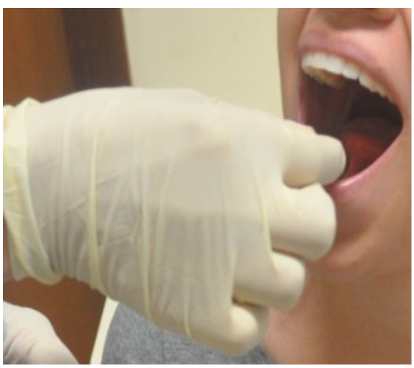




Imagem 3 - Administração.   Imagem 4 - Administração.



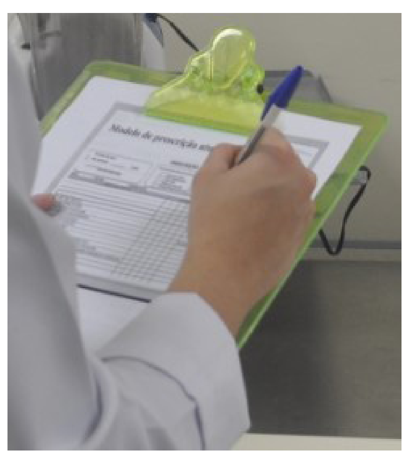


Imagem 5 - Descarte.   Imagem 6 - Anotação no Prontuário.

Fotos: Assessoria de Comunicação da Escola de Enfermagem da UFMG, 2018

REFERÊNCIAS

BRASIl. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2017-2018/Sociedade Brasileira de Diabetes; [org. José Egídio Paulo de Oliveira - São Paulo: Ed. Clannad; 2017. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf

FONSECA, Almir Lourenço, ALMEIDA, Maria Queiroz. **AME: Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem** - 9 ª Edição. Editora EPUB. Rio de Janeiro, 2013.347p.

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko Ainda, OHNISHI, Mitsuko. **Técnicas Fundamentais De Enfermagem** - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016.

NETTINA, S. M. **Práticas de Enfermagem**. 10° edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2015.

RANG, H. P.; DALE, M. M., FFLOWER, R. J. RANG e DALE: **Farmacologia.** 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 247p.

POTTER, PA. PERRY, AG. **Fundamentos de Enfermagem.** 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 631p.

STACCIARINI, Thaís Santos Guerra e CUNHA, Marina Hygina Ribeiro **Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem**. Editora Atheneu, São Paulo, 2014.

VOLPATO, Andrea Cristine Bersane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015.

CAPÍTULO 26

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA VAGINAL

Karine Luciano Barcelos

Gabrielli Pinho de Rezende

Júlio César Batista Santana

Raiane Aparecida Martins Jacinto

CONCEITO

A administração de medicamentos por via vaginal consiste na introdução dos mesmos pelo canal vaginal, tendo em vista a alta vascularização da mucosa local e consequente absorção da medicação.

A administração dessas medicações difere de acordo com sua apresentação, que geralmente vem sob a forma de cremes, comprimidos, óvulos e soluções.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Prescrição médica;
- Medicamento;
- Biombo;
- Camisola;
- Água e sabão;
- Papel toalha;
- Luvas de procedimento;
- Aplicador, se necessário (depende da apresentação da medicação);
- Compressa de gaze.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Ações que antecedem a realização da administração do medicamento propriamente dita

- Verificar a prescrição médica e certificar-se dos seis certos (Paciente certo, medicação certa, horário certo, via certa, dosagem certa, checagem certa);

- Identificar-se e explicar ao paciente o procedimento;

- Caso a paciente esteja com a bexiga cheia, solicite que a mesma urine para que a eficácia do medicamento pós procedimento seja maior pelo repouso e manutenção da medicação no canal vaginal;

- Orientar preferência para aplicação no período noturno, logo antes de dormir, também visando o repouso;

- Manter privacidade, utilizando um biombo caso necessário;

- Orientar a realização de higiene íntima caso a paciente consiga realizá-la sozinho ou realizá-la por ela;

- Orientar vestir a camisola;

- Separar todo o material necessário para a administração do medicamento (Foto 1).

Ações durante a execução da administração do medicamento

- Lavar as mãos;

- Calçar luvas de procedimento;

- Posicionar a paciente em posição ginecológica (decúbito dorsal, com os MMII fletidos e em abdução);

- Separar os lábios vaginais da paciente para visualização do introito vaginal;

- Em caso de medicamento sob a forma de comprimido ou óvulo, introduzir o medicamento no canal vaginal de 8 a 10 cm (Foto 2);

- Em caso de medicamento sob a forma de creme ou gel, puxar o êmbolo do aplicador (Foto 3), posicionar o medicamento e preencher toda a parte interna do aplicador (Foto 4), introduzir o aplicador no canal vaginal cerca de 5 cm (Foto 5), empurrar o êmbolo para que a medicação seja introduzida (Foto 6), retirar o aplicador e descartá-lo. Obs.: Alguns medicamentos já vêm com o conteúdo dentro do aplicador, não sendo necessárias todas as etapas descritas anteriormente;

- Orientar a paciente a permanecer deitada de 10 a 30 minutos, com os joelhos flexionados, a fim de ajudar a promover a absorção e em seguida reposicionar a paciente;

- Retirar as luvas;

- Lavar as mãos.

Ações que sucedem a realização da administração do medicamento propriamente dita

- Organizar o ambiente;

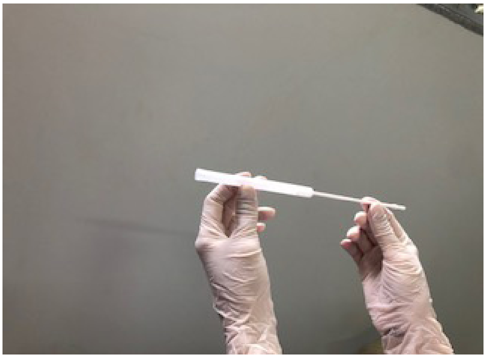
- Checar a medicação e registrar todo o procedimento realizado.



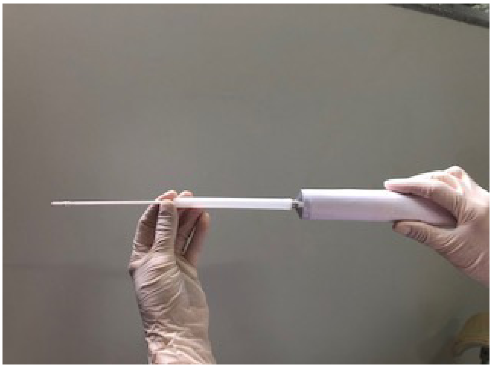
1



2



3



4



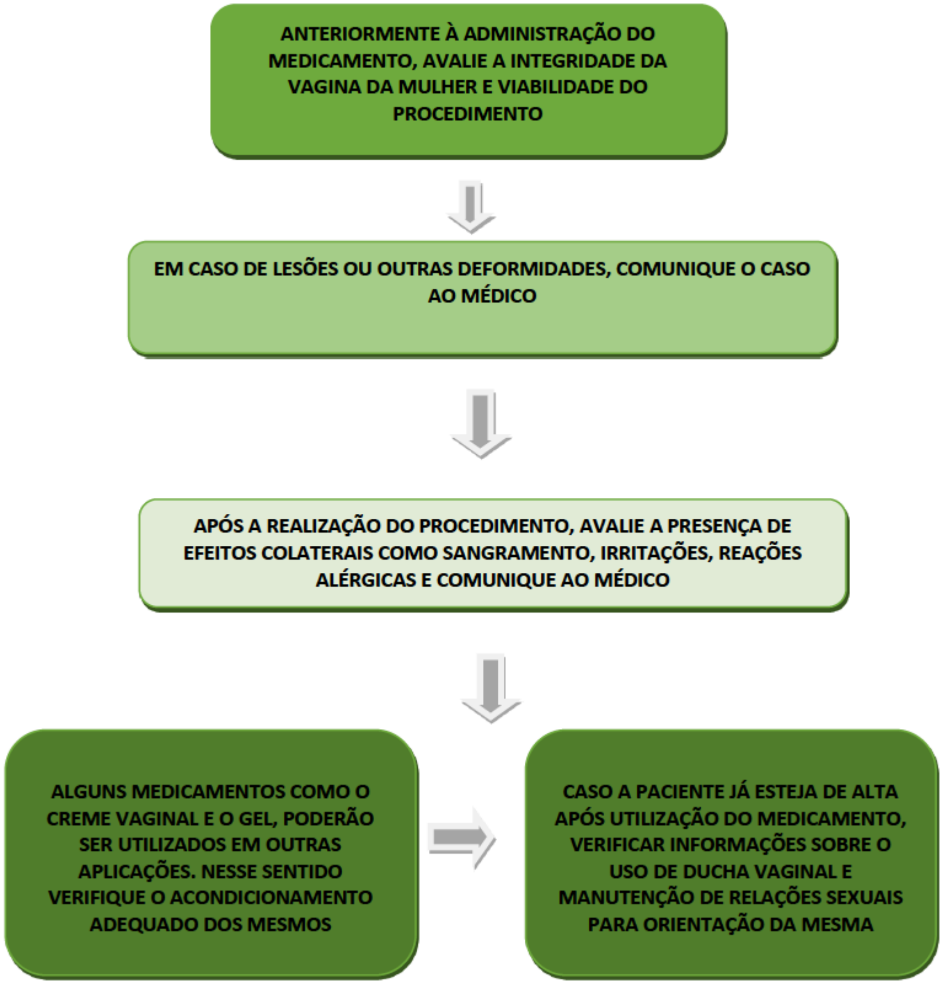
5



6

Obs.: Fotos ilustrativas em prótese de acrílico para melhor visualização do procedimento.

FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko Ainda, OHNISHI, Mitsuko. **Técnicas Fundamentais De Enfermagem** - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

NETTINA, S. M. **Práticas de Enfermagem**. 10° edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2015. 1854p.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). **Blackbook Enfermagem.** 1ed.Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1

SANTANA, J.C.B, DUTRA, B.S, PEREIRA, HO, SILVA, E.A.M. SILVA, D. C. M. **PROCEDIMENTOS BÁSICOS E ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM: fundamentos para a prática.** Editora: AB Editora. Goiânia. 2011. 328 p.

SANTANA, Júlio César Batista; MELO, C. L. (Org.); DUTRA, Bianca Santana (Org.). **MONITORIZAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA: fundamentação para o cuidado.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. v. 1. 384p.

SANTANA, Júlio Cesar Batista (Org.); DUTRA, Bianca Santana, (Org.); MELO, Clayton Lima (Org.) **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: procedimentos básicos e especializados.** 1. ed. Curitiba: Editora CRV 2018. 726p.

VOLPATO, Andrea Cristine Bersane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

CAPÍTULO 27

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ENTÉRICA

Karla Rona da Silva

Láyza Lourenço Machado Braga Quintão

Isabela Mie Takeshita

Marcelo Medeiros Salles

Leila de Fátima Santos

Raiane Aparecida Martins Jacinto

CONCEITO

Administração de medicamentos no trato intestinal através de uma sonda, dispositivo utilizado para suprir necessidades nutricionais do paciente que tem a impossibilidade do uso da via oral, todavia, sendo utilizada também para a administração medicamentosa. Sua utilização requer cuidados específicos desde a escolha da apresentação do fármaco, até seu preparo e administração.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Luvas de procedimento e óculos de proteção;

- Bandeja ou cuba-rim;

- Etiquetas de identificação;

- Medicamento de acordo com prescrição (comprimido/ suspensão líquida);

- Copo descartável (comprimido/ suspensão líquida);

- Instrumento para cortar ou triturar comprimidos (quando necessário);

- Seringas de 10ml ou 20ml, sendo uma seringa para o medicamento e uma para lavar a sonda após a administração do mesmo;

- Estetoscópio;

- Água filtrada ou mineral;

- Gazes (quando necessário);

- Álcool a 70%;

- Algodão.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Preparo do medicamento

- Ler com atenção a prescrição médica, conferir o paciente e os medicamentos que devem ser administrados por via enteral;

- Avaliar a compatibilidade do medicamento com a via de administração;

- Caso o paciente esteja com infusão contínua de dieta enteral ou com infusão na mesma no momento da medicação, avaliar a compatibilidade do medicamento com os componentes da nutrição;

- Informar ao médico caso haja incompatibilidade;

- Garantir os nove certos (paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose

certa, registro certo, orientação correta, forma certa e resposta certa);

- Verificar se existem informações a respeito de alergia do paciente aos medicamentos prescritos;

- Preencher as etiquetas de identificação com informações do paciente e do medicamento;

- Realizar desinfecção da bandeja com álcool a 70%;

- Higienizar as mãos;

- Separar o medicamento, conferir nome, apresentação, dose necessária e data de validade;

- Colar a etiqueta de identificação na embalagem do medicamento correspondente;

- Se solução: aspirar a solução com uma seringa de 10 ml ou 20ml, completar o volume restante com água filtrada. Sempre que possível esta apresentação é a mais indicada, pois previne a obstrução, auxilia e facilita a infusão – certificar-se com o farmacêutico da viabilidade medicamentosa por esta via;

- Se comprimido: retirar da embalagem, colocar no triturador, triturar até virar pó, diluir com 10 ml de água filtrada e aspirar com seringa de 10 ml ou 20 ml. Antes do procedimento, confirmar com o farmacêutico se os comprimidos prescritos podem ser triturados e administrados via enteral;

- Transferir a etiqueta de identificação do paciente e medicamento para a seringa com o medicamento correspondente;

- Proteger a seringa na própria embalagem e colocar na bandeja;

- Evitar proteger a seringa com agulha, esta atitude fornece risco ao paciente, pois, aumenta a chance de erro de administração;

- Levar um copo de água filtrada na bandeja, para lavagem da sonda antes e após a administração do medicamento;

- Levar a prescrição médica e a bandeja com medicamento e água para o leito do paciente e colocar sobre a mesa auxiliar previamente limpa.

Administração do medicamento

- Higienizar as mãos;

- Conferir o nome do paciente na prescrição médica, na etiqueta de identificação do medicamento e na pulseira de identificação do paciente;

- Perguntar o nome completo para o paciente ou acompanhante;

- Apresentar-se para o paciente com nome e categoria profissional;

- Orientar o paciente sobre a medicação que irá receber via entérica;

- Verificar se o paciente está usando pulseira indicativa de alergia, caso ele esteja

com a pulseira, confirmar se a alergia é do medicamento a ser administrado, caso positivo, não administrar e comunicar enfermeira e médico;

- Verificar se o paciente está recebendo dieta enteral. Caso esteja, suspender a dieta, lavar a sonda, e esperar por 15 minutos para administrar a medicação;

- Elevar a cabeceira do leito com angulação entre 30º e 45º (posição Fowler);

- Calçar as luvas de procedimento;

- Lavar a sonda com até 30 ml de água filtrada, caso não haja restrição hídrica prescrita, prevenindo obstrução da sonda. Havendo, restringir o volume infundido ao prime da sonda. Então conectar a seringa contendo o medicamento à sonda;

- Injetar lentamente, por até um minuto, todo o volume do medicamento;

- Lavar a sonda com até 30 ml de água filtrada, caso não haja restrição hídrica prescrita - havendo, proceder como anteriormente descrito;

- A lavagem da sonda com água filtrada deve ser repetida a cada horário de administração de medicamento;

- Observar reação do paciente durante o procedimento. Sendo necessário interromper a administração e solicitar avaliação. Registrar;

- Fechar a sonda enteral;

- Deixar o paciente confortável e com cabeceira mais elevada por pelo menos 30 minutos; mantendo elevada caso a dieta esteja sendo infundida;

- Retirar o material usado próximo ao leito e colocar na bandeja;

- Retirar as luvas, deixar na bandeja;

- Encaminhar os resíduos para o expurgo;

- Descartar os resíduos no recipiente infectante;

- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e fazer desinfecção com álcool a 70%;

- Higienizar as mãos;

- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica utilizada;

- Registrar em impresso próprio, as anotações de enfermagem informando horário, medicamento, dose, via de administração e intercorrências;

- Se houver indicação, registrar ainda o volume total administrado, incluindo volume utilizado para lavar a sonda antes e após a administração do medicamento, no balanço hídrico do paciente;

- Assinar e carimbar as anotações.

CUIDADOS

- Caso o posicionamento da sonda seja gástrico, abrir a sonda, conectar uma seringa de 20 ml vazia, aspirar e observar se há retorno de resíduo gástrico. Não havendo retorno, injetar 10 ml de ar de forma firme e contínua e auscultar o quadrante superior esquerdo do abdome. Esta técnica auxilia na confirmação do posicionamento da extremidade da sonda;

- Na presença de resíduo, quantificá-lo e verificar a existência de orientação quanto ao mesmo na prescrição;

- Triturar os medicamentos, após checagem junto ao farmacêutico da segurança deste procedimento na manutenção do objetivo terapêutico. Apesar de ato corriqueiro, pode interferir na qualidade da apresentação farmacológica por promover alteração na concentração sérica do medicamento e aumentar o risco de obstrução da sonda;

- É possível que o ato de triturar medicamentos sólidos crie aerossóis, os quais podem oferecer risco de reações alérgicas e de teratogenicidade a quem os manipula, assim o uso de máscara de proteção faz-se necessário;

- Não triturar medicamentos nas seguintes apresentações: cápsulas, drágeas, drogas de liberação lenta, entérica ou micro encapsulados, pois haverá alteração na biodisponibilidade. Caso seja esta a prescrição, entrar em contato com médico assistente ou plantonista, solicitar revisão da prescrição e comunicar ao farmacêutico responsável. Caso a conduta ainda seja mantida registrar o ocorrido;

- É importante promover intervalos de 15 a 30 minutos sem dieta enteral, antes e após a administração dos fármacos para evitar interação entre medicamento e dieta;

- Medicamentos sólidos e pouco solúveis em água ou medicamentos líquidos com alta osmolaridade necessitam de maior volume de água para que a diluição fique homogênea, porém sua estabilidade é pouco discutida na literatura – solicitar orientação ao farmacêutico;

- Atenção aos pacientes com controle hídrico rigoroso. Verificar a restrição e utilizar apenas o volume do prime da sonda;

- Administrar lentamente o volume, observando qualquer desconforto apresentado ou relatado pelo paciente;

- Solicitar orientação do farmacêutico responsável quando da necessidade de trituração do medicamento ou administração de suspensão. Registrar orientações e possível necessidade de mudança na prescrição medicamentosa e comunicar ao médico responsável;

- Havendo dieta contínua, religar a mesma após 15 minutos da infusão medicamentosa, ou conforme orientação.

FLUXOGRAMA

PREPARAR TODO O MATERIAL E INFORMAR AO PACIENTE SOBRE A MEDICAÇÃO, SOLICITANDO SEU CONSENTIMENTO

↓

ABRIR A SONDA E INJETAR 10 ML DE AR AUSCULTANDO A REGIÃO ABDOMINAL PARA CERTIFICAR-SE DE QUE NÃO HOUVE ALTERAÇÃO NO POSICIONAMENTO DA SONDA, CONFIRMANDO SEU POSICIONAMENTO ENTÉRICO

↓

APÓS A CONFIRMAÇÃO, LAVAR A SONDA COM 30 ML (OU COM O VOLUME DO PRIME DA SONDA PARA PACIENTES COM RESTRIÇÃO HÍDRICA) DE ÁGUA, INJETAR O MEDICAMENTO E LAVAR NOVAMENTE A SONDA. OBSERVAR REAÇÃO DO PACIENTE

↓

FECHAR A SONDA E DEIXAR O PACIENTE CONFORTÁVEL COM CABECEIRA MAIS ELEVADA POR 30 MINUTOS, OU MANTER ELEVADA CASO HAJA INFUSÃO CONTÍNUA DE DIETA

↓

REALIZAR OS DESCARTES DO MATERIAL UTILIZADO EM RECIPIENTE ADEQUADO

→

REALIZAR A CHECAGEM NA PRESCRIÇÃO E ANOTAÇÃO DETELHADA NO PRONTUÁRIO

ILUSTRAÇÃO





Imagem 1 - Material. Imagem 2 - Conectar seringa a sonda.





Imagem 3 - Injetar 10ml de ar de forma continua e auscultar. Imagem 5 - Lavar a sonda.





Imagem 6 - Administrar o Medicamento. Imagem 7 - Fechar a Sonda.



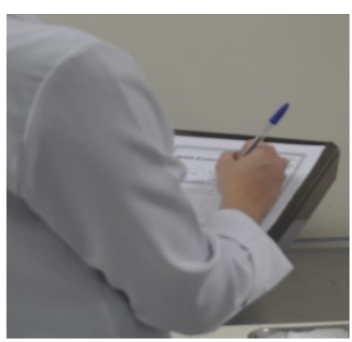


Imagem 8 - Descarte. Imagem 9 – Anotação no Prontuário.

Fotos: Assessoria de Comunicação da Escola de Enfermagem da UFMG, 2018

REFERÊNCIAS

ATKINSON, Leslie D.; MURRAY, Mary Ellen. **Fundamentos de Enfermagem: introdução ao processo de enfermagem.** Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2015. 639p.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; CANTERAS, Ligia Mara da Silva; TERERAN, Nathalia Perazzo; CARNEIRO, Ieda Aparecida. **Procedimentos de Enfermagem: guia prático**. 2ª edição. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2017. 330p.

POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de enfermagem**. Editora Elsevier. Rio de Janeiro, 2013. 1568p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fiocruz. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos** [Internet]. Brasília: MS; 2013. Disponível em: http://www20.anvisa. gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca- na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos. Acesso em 01 de junho de 2018.

FIGUEIREDO, Paula Pereira de; SANTOS, Luciana Maio dos; SILVEIRA, Rosemary Silva da; MOREIRA, Moara Avila de Jesus; MELLO, Marlise Capa Verde Almeida de; BARLEM, Edison Luiz Devos. Elaboração de instrumento para conhecer o preparo e administração de medicamentos via sonda pela equipe de enfermagem. Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online);10(2):299-309, abr.-jun. 2018.

GIMENES, F. R. E.; ANACLETO, T. A. (ORG). **Preparo e administração de medicamentos via sonda enteral ou ostomias.** ISMP Brasil – Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos., 2015.

GORZONI, Milton Luiz; DELLA TORRE, Anderson; PIRES, Sueli Luciano. Medicamentos e sondas de nutrição. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 56, n. 1, p. 17-21, 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 06 June 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000100009.

HEYDRICH, J. **Padrão de prescrição, preparo e administração de medicamentos em usuários de usuários de sondas de nutrição enteral internados em um hospital universitário**. Chemistry. & …, 2006. Disponível em: <HTTP://onlinelibrary.wiley.com/doi.10.1002/cbdv.201490137//abstract>

ISMP, Brasil. **Preparo e administração de medicamentos via sonda enteral ou ostomias**. Disponível em < http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2016/03/Boletim-sondas.pdf>.

SILVA, Michele Fernanda Borges da; BRITO, Patrícia Dias de; GUARALDO, Lusiele. Medicamentos orais de uma unidade hospitalar: adequação ao uso por cateteres enterais. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 847-854, Oct. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500847&lng=en&nrm=iso>. access on 06 June 2018. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0081.

VOLPATO, Andrea Cristine Bersane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

CAPÍTULO 28

PASSAGEM DE SONDA RETAL/LAVAGEM INTESTINAL

Karine Luciano Barcelos

Carla Aparecida de Carvalho

Júlio César Batista Santana

Raiane Aparecida Martins Jacinto

CONCEITO

Consiste na introdução de uma sonda na região retal para promover alívio da constipação, eliminação de gazes e fezes, administração de medicamentos, preparo do cólon para cirurgias e realização de exames do trato gastrintestinal.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Biombo;
- Bacia;
- Bandeja;
- Comadre;
- Lidocaína em gel a 2%;
- Gazes;
- Compressas;
- Impermeável / plástico;
- Sonda retal (nº 20, 22 ou 24);
- Solução para lavagem intestinal prescrita;
- Soro Fisiológico;
- Equipo de soro (macrogotas);
- Suporte de soro;
- EPIs (luvas de procedimento, máscara, óculos de proteção);
- Toalha de banho e sabonete;
- Camisola descartável ou de tecido.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Confirmar o paciente na pulseira de identificação e no prontuário o procedimento a ser realizado na prescrição médica;
- Preparar o material;
- Identificar a solução com etiqueta contendo: nome do paciente, leito, tipo de solução, dose, horário e via de administração;
- Certificar a prescrição médica e as condições gerais do paciente;
- Proceder a higiene das mãos;
- Preparar a solução prescrita para a lavagem aquecendo-a em temperatura de 37º C;
- Adaptar o equipo de soro ao frasco contendo a solução para a lavagem intestinal;
- Preencher o equipo de soro com a solução e retirar o ar do extensor do equipo;
- Reunir todo o material em uma bandeja;
- Encaminhar o material para próximo ao leito do paciente;

- Informar sobre o procedimento ao paciente e familiar, benefícios, importância e consentimento;

- Solicitar ao acompanhante que se retire do quarto até o término da realização do procedimento;

- Promover a privacidade do paciente colocando biombo e fechando a porta do quarto;

- Pendurar o frasco da solução no suporte de soro;

- Forrar o leito com impermeável ou plástico;

- Oferecer camisola descartável ou de tecido para o paciente e auxiliá-lo na troca;

- Explicar para o paciente a posição de Sims e auxiliá-lo a ficar em decúbito lateral esquerdo com membro inferior esquerdo estendido e membro inferior direito fletido;

- Manter a cama reta e baixa e sem travesseiros;

- Calçar luvas de procedimento, colocar a máscara e óculos de proteção;

- Lubrificar a sonda retal com a lidocaína em gel a 2%;

- Pedir permissão ao paciente para iniciar o procedimento;

- Afastar a nádega direita do paciente com uma das mãos para visualizar o ânus e observar presença de lesões, hemorroida ou fístula;

- Introduzir suavemente a sonda retal lubrificada, entre 7,5 a 10 cm no orifício anal;

- Abrir a pinça do equipo de soro infundindo lentamente a solução prescrita;

- Orientar paciente a respirar pausadamente;

- Administrar toda a solução prescrita ou o tanto que o paciente tolerar;

- Fechar a pinça do equipo e retirar a sonda retal lentamente ao término da infusão da solução;

- Solicitar que o paciente respire profundamente para reter a solução pelo maior tempo possível, para obter o melhor efeito terapêutico;

- Encaminhar o paciente até o banheiro, ou o ofereça a comadre;

- Orientar o paciente a usar o vaso sanitário e chamá-lo para avaliar o aspecto das eliminações;

- Auxiliar o paciente na higiene íntima e a vestir o pijama;

- Deixar o paciente em posição confortável;

- Recolher o material utilizado, deixando o leito limpo e organizado;

- Encaminhar bandeja, comadre e bacia para o expurgo do setor;

- Desprezar conteúdo da comadre no vaso sanitário e proceder a pré-lavagem do instrumental no expurgo;

- Descartar materiais de uso único em lixeiras apropriadas;

- Retirar as luvas;

- Higienizar as mãos;

- Anotar o procedimento no prontuário;

- Orientar paciente e acompanhante sobre os resultados obtidos com a realização da técnica;

- Anotar todo o procedimento no prontuário, assinar e carimbar.



1



2



3



4

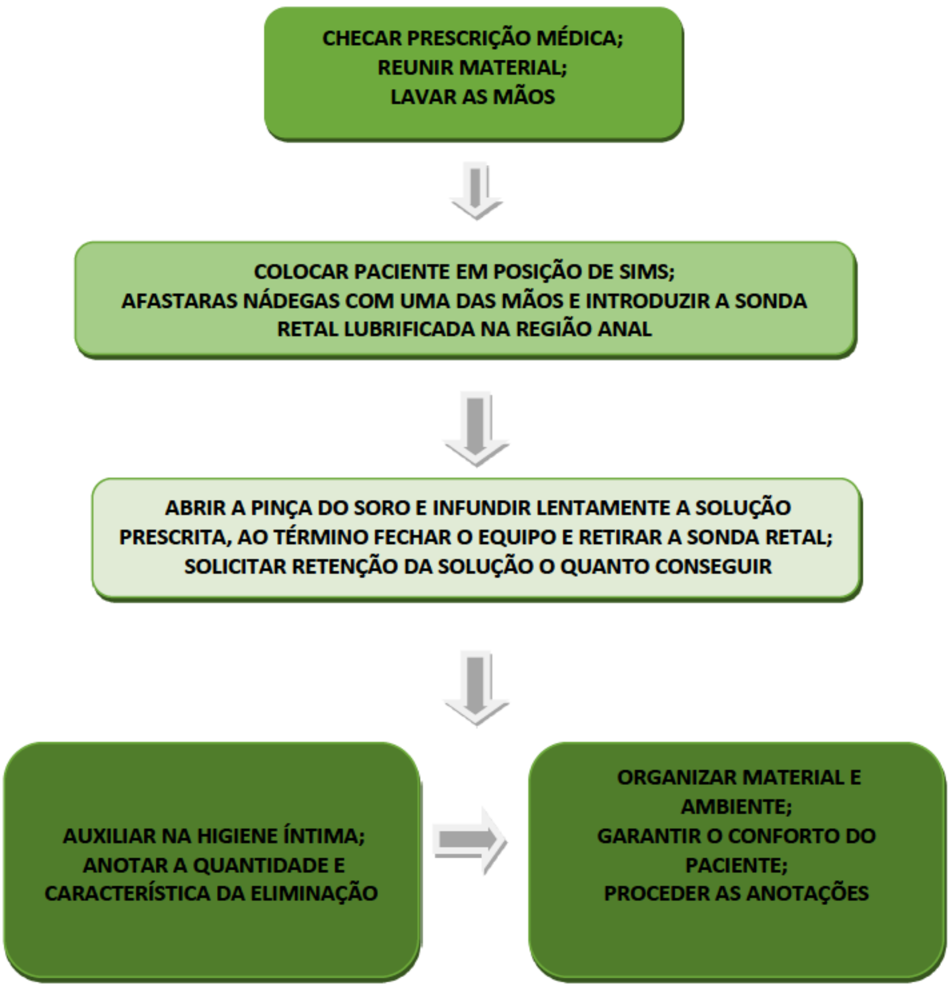


5



6

FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; et al. Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático – 2ª edição. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro.2017. 424p.

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko Ainda, OHNISHI, Mitsuko. **Técnicas Fundamentais De Enfermagem** - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

NETTINA, S. M. **Práticas de Enfermagem**. 10° edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2015. 1854p.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). **Blackbook Enfermagem.** 1ed.Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1

SANTANA, J.C.B, DUTRA, B.S, PEREIRA, HO, SILVA, E.A.M. SILVA, D. C. M. **PROCEDIMENTOS BÁSICOS E ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM: fundamentos para a prática.** Editora: AB Editora. Goiânia. 2011. 328 p.

SANTANA, Júlio César Batista; MELO, C. L. (Org.); DUTRA, Bianca Santana (Org.). **MONITORIZAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA: fundamentação para o cuidado.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. v. 1. 384p.

SANTANA, Júlio Cesar Batista (Org.); DUTRA, Bianca Santana, (Org.); MELO, Clayton Lima (Org.) **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: procedimentos básicos e especializados.** 1. ed. Curitiba: Editora CRV 2018. 726p.

VOLPATO, Andrea Cristine Bersane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

CAPÍTULO 29

CURATIVO

Wilker Vinícius Silva Rocha

Larissa Viana Almeida de Lieberenz

Karine Luciano Barcelos

Júlio César Batista Santana

Bianca Santana Dutra

Stefany Jackelline Moreira Lima

CONCEITO

Ferida pode ser qualquer lesão que provoque a descontinuidade do tecido corpóreo impedindo suas funções básicas, podendo ser ocasional (cirúrgicas) ou acidental (traumas). Sendo que, o tratamento de feridas é considerado um desafio, especialmente feridas crônicas, feridas que não progridem através do processo ordenado e oportuno, no intuito de retornar à integridade anatômica e funcional, permanecendo por meses ou até mesmo por anos, em reincidivas frequentes (SILVA e ALMEIDA, 2014).

O curativo é um procedimento completo e complexo realizado ao portador de lesão que compreende a avaliação da lesão, limpeza, desbridamento e indicação da cobertura. O curativo ideal é aquele que se assemelha à pele e mantém um ambiente úmido, favorecendo assim a migração celular. O curativo ideal deve: manter umidade no espaço entre ferida/ curativo, remover o excesso de exsudato e componente tóxico, permitir trocas gasosas, promover isolamento térmico, dispor de proteção contra infecção secundaria, estar livre de partículas e contaminantes tóxicos, permitir sua renovação sem trauma na troca, dispor de vários tamanhos e proporcionar conforto ao cliente. Bem como, o curativo pode ser em algumas situações o próprio tratamento definitivo, em outras sendo uma etapa intermediária para o tratamento cirúrgico (SMANIOTTO et al, 2012).

Os curativos conforme Motta (2011) pode ser classificado em:

- Curativos simples: é feito a partir da aplicação de gazes estéril no local da lesão, mantendo seco e limpo;

- Curativos oclusivos: realizados em lesões com total cobertura, evitando o contato com o meio externo;

- Curativos determinada solução tópica;

- Curativos abertos: limpeza de lesões mantendo exposta ao meio externo;

- Curativos compressivos: promovem a hemostasia local, prevenindo a hemorragia.

O curativo tem como objetivos:

-Proporcionar ambiente fisiológico adequado à cicatrização;

- Absorver a drenagem;

- Conter ou imobilizar a ferida;

- Proteger a ferida de traumatismo mecânico;

- Evitar contaminação bacteriana exógena;

- Promover a hemostasia;

- Proporcionar conforto físico e mental;

- Desbridar a ferida (NETTINA, 2003; MOTTA, 2011).

Desta forma, um curativo bem executado conforme técnica proporciona ao paciente/ cliente conforto, qualidade de recuperação e evolução positiva em relação ao estado que se encontra.

RESPONSÁVEL

- Enfermeiro e técnico em enfermagem.

- Conforme o Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (Coren-MG) (2017), na literatura disponível não contempla as atribuições dos profissionais de enfermagem no atendimento ao usuário de feridas.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Pacote de curativo com tesoura, pinça anatômica e hemostática;

- Álcool a 70%;

- Luvas de procedimento e cirúrgicas;

- Bacia, saco plástico e lixeira;

- Soro fisiológico 0,9%;

- Agulha 25x8;

- Máscara, óculos protetores, gorro;

- Cobertura, creme ou soluções indicadas;

- Gaze dupla, gaze aberta ou ambas;

- Atadura crepom, conforme a necessidade;

- Bisturi;

- Esparadrapo.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;

- Separar e organizar o material necessário para o curativo;

- Separar os equipamentos de proteção individual (EPI) – óculos, máscara, luvas, gorro e jaleco branco;

- Realizar o curativo em local que proporcione uma boa luminosidade e que preserve a intimidade do paciente;

- Orientar o paciente sobre o procedimento que será realizado;

- Colocar o paciente em posição confortável e adequada, expondo apenas a área a ser tratada;

- Envolver a bacia com o saco plástico, retirar o ar e dar um nó nas pontas;

- Aquecer a solução fisiológica 0.9%, no micro-ondas ou em banho maria.

- Utilizar frasco de solução fisiológica 0,9 %, fazer a desinfecção da parte superior do frasco com álcool a 70 % e perfurar antes da curvatura superior, com a agulha 25x8 (orifício único); - Calçar as luvas de procedimento;

- Abrir o material a ser utilizado, com técnica asséptica;

- Remover curativo anterior;

- Se na remoção da cobertura e/ou atadura da ferida, estas estiverem bem aderidas, aplicar a solução fisiológica em jatos, removendo com delicadeza, evitando traumas;

- Desprezar o curativo retirado, juntamente com a luva de procedimentos, no lixo;

- Higienizar as mãos;

- Calçar novas luvas de procedimento;

- Inspecionar cuidadosamente a lesão e os tecidos subjacentes;

- Mensurar o tamanho da lesão;

- Irrigar o leito da lesão exaustivamente com o jato de solução fisiológica numa distância em torno de 20 cm até a retirada de toda a sujidade;

- Desbridar, se necessário;

- Limpar a pele ao redor da ferida com gaze umedecida em solução fisiológica 0,9%;

- Secar a pele peri-ferida. Não secar o leito da lesão;

- Aplicar a cobertura selecionada/prescrita (calçar luvas cirúrgicas quando a cobertura demandar);

- Fazer uso da cobertura secundária, se necessário;

- Enfaixar os membros em sentido distal-proximal, da esquerda para a direita, com o rolo de atadura voltado para cima. Em caso de abdômen, utilizar a técnica em z (em jaqueta com atadura de crepom de 20 ou 25 cm);

- Datar e assinar o curativo;

- Deixar o paciente em posição confortável;

- Recolha o material, mantendo a unidade organizada;

- Descarte o saco plástico com resíduos na lixeira de material infectante, o material perfurocortante na caixa apropriada e encaminhe o material permanente à central de material e esterilização;

- Remover as luvas;

- Higienizar as mãos;

- Registrar a evolução no prontuário do paciente.











FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

BORGES E. L., et al**. Feridas: como tratar.** 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2008. 246p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Primária**. Brasília, Distrito Federal. 2011.

Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (Coren-MG). **Guia de orientação para a atuação da equipe de enfermagem na atenção primária à saúde**. Coren-MG. Belo Horizonte. 2017.

MORAIS, Gleicyanne Ferreira da Cruz et al. **Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares de rede pública**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17(1): 98-105.

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko Ainda, OHNISHI, Mitsuko. **Técnicas Fundamentais De Enfermagem** - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

NETTINA, S. M. **Práticas de Enfermagem**. 10° edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2015. 1854p.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). **Blackbook Enfermagem.** 1ed.Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1.

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH). **Protocolo de prevenção e tratamento de feridas**. Secretária Municipal de Saúde, Belo Horizonte, 2011.

SANTANA, J.C.B, DUTRA, B.S, PEREIRA, HO, SILVA, E.A.M. SILVA, D. C. M. **PROCEDIMENTOS BÁSICOS E ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM: fundamentos para a prática.** Editora: AB Editora. Goiânia. 2011. 328 p.

SANTANA, Júlio César Batista; MELO, C. L. (Org.); DUTRA, Bianca Santana (Org.). **MONITORIZAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA: fundamentação para o cuidado.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. v. 1. 384p.

SANTANA, Júlio Cesar Batista (Org.); DUTRA, Bianca Santana, (Org.); MELO, Clayton Lima (Org.) **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: procedimentos básicos e especializados.** 1. ed. Curitiba: Editora CRV 2018. 726p.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria de Saúde. Coordenação da Atenção Básica. **Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem.** 2. ed. São Paulo, 2015. 162p.

SMANIOTTO, Pedro Henrique de Souza et al. **Sistematização de curativos para o atendimento clínico das feridas**. Rer. Bras. Cir. Plást. 2012; 27(4):623-6.

VOLPATO, Andrea Cristine Bersane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos.

Técnicas Básicas de Enfermagem. 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

CAPÍTULO 30

AFERIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR

Jaqueline Almeida Guimarães Barbosa

Karla Rona da Silva

Marina Dayrell de Oliveira Lima

Shirlei Moreira da Costa Faria

Leila de Fátima Santos

Karine Luciano Barcelos

Adriana de Fátima Barbosa

Stefany Jackelline Moreira Lima

CONCEITO

Consiste na verificação da taxa de glicose por meio da coleta de uma gota de sangue capilar. O procedimento permite o monitoramento glicêmico.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Luvas de procedimento;
- Bandeja ou cuba-rim;
- Frasco com tira reagente;
- Glicosímetro;
- Lanceta segura;
- Algodão;
- Álcool 70%.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Ler com atenção a prescrição médica, conferir o paciente e a solicitação do procedimento, avaliando a indicação com o histórico clínico do paciente;
- Realizar desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Separar o material e conferir e data de validade da tira reagente;
- Higienizar as mãos;
- Reunir todos os materiais e levá-los até o paciente;
- Apresentar-se para o paciente com nome e categoria profissional;
- Colocar os materiais sobre a mesa de cabeceira;
- Perguntar o nome completo para o paciente ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente na prescrição médica e na pulseira de identificação do paciente;
- Orientar o paciente sobre o procedimento que irá realizar;
- Realizar a avaliação dos possíveis locais para realizar a punção ou picada de dedo, avaliando o estado das falanges distais, evitando locais lesionados;
- Calçar luvas de procedimento;
- Colocar a tira reagente no glicosímetro

conforme orientação do fabricante e conferir se a numeração que aparece no visor é a mesma que aparece na embalagem da tira reagente;

- Se não for, deve ser feita a calibração do aparelho com o chip da caixa de tira reagente a ser utilizada;

- Expor a região na qual será feita a punção e realizar a desinfecção do local com álcool 70% a fim de evitar infecção;

- Esperar secar;

- Com o uso dos dedos polegar e indicador, deixar a lanceta segura em ponto de uso e realizar a punção na lateral da falange distal do dedo selecionado (as laterais são menos inervadas, com menor chance de dor que na polpa digital);

- Aguardar a sinalização para colocação da gota e então aproximar a tira reagente próximo à gota de sangue para a glicemia ser aferida;

- Aguardar o resultado que aparecerá no visor;

- Exercer leve compressão no local puncionado com o algodão utilizado na desinfecção;

- Recolher e descartar o material utilizado em local adequado;

- A lanceta segura deve ser descartada no recipiente para perfurocortante, e as tiras reagentes em resíduo biológico;

- Retirar as luvas e descartá-las no resíduo biológico se contaminadas, e se não contaminadas no resíduo comum;

- Higienizar as mãos;

- Proceder às anotações no prontuário de forma detalhada, constando o local onde foi feita a punção.

CUIDADOS

- Deverá ser feito rodízio dos locais de punção a fim de evitar danos;

- Caso apareça no visor do glicosímetro a sigla HI, isso indica uma taxa muito alta de glicemia, provavelmente superior a 500mg/dL, o que requer avaliação médica. O mesmo acontece para a sigla LO, a qual indica uma taxa de glicemia muito baixa, às vezes menor que 20mg/Dl, e requer intervenção imediata;

- Se aparecer a sigla ERR, indica algum tipo de erro no procedimento, como quantidade de sangue insuficiente, colocação errada da tira reagente, ou outro problema técnico, devendo o procedimento ser repetido;

- As tiras reagentes devem ser mantidas na embalagem própria com a tampa fechada até o momento do uso;

- Deve ser verificado se as tiras reagentes estão dentro do prazo de validade antes do uso, uma vez que se vencidas, podem dar falso resultado;

- As tiras-reagente devem ser mantidas longe de umidade, calor e luz direta;

- Deverá ser feita higienização do glicosímetro sempre que necessário;

- Se a glicemia capilar estiver sendo aferida no domicílio pelo próprio paciente, a desinfecção do local de punção poderá ser substituída pela higienização das mãos;

- No domicílio poderá ser utilizada a caneta lancetadora, a qual deverá ser sempre de uso individual, salientando que ela permite ajuste de profundidade da punção;

- Em jejum, a taxa de glicemia normal é aquela considerada entre 70 e 100mg/dL;

- Aferição pós-prandial espera-se uma glicemia abaixo de 140 ml/dL;

- Estando inferior a 70mg/dL, deve-se atentar para risco de hipoglicemia;

- No domicílio, deve ser orientado o descarte de materiais perfurocortantes utilizados em recipientes rígidos com tampa, que posteriormente deverão ser levados a uma Unidade Básica de Saúde mais próxima para que seja conduzido para o descarte final adequado;

- As lancetas seguras são as mais indicadas pela redução do risco de acidente com perfurocortantes;

- Deverá ser realizada a leitura do manual do glicosímetro utilizado a fim de identificar seus recursos e uso correto.

FLUXOGRAMA

PREPARAR TODO O MATERIAL E INFORMAR AO PACIENTE SOBRE O CONSENTIMENTO

↓

SELECIONAR O LOCAL A SER REALIZADA A PUNÇÃO/PICADA DE DEDO E FAZER DESINFECÇÃO DO LOCAL

↓

REALIZAR A PUNÇÃO A FIM DE OBTER A GOTA DE SANGUE, COLOCANDO-A NA TIRA REAGENTE

↓

AVALIAR O RESULTADO OBTIDO NA AFERIÇÃO, ATENTANDO PARA HIPO OU HIPERGLICEMIA

↓

REALIZAR O DESCARTE DO MATERIAL UTILIZADO EM RECIPIENTE ADEQUADO

→

REALIZAR A CHECAGEM NA PRESCRIÇÃO E ANOTAÇÃO DETALHADA NO PRONTUÁRIO

ILUSTRAÇÃO



Imagem 1 - Conferência do Aparelho.



Imagem 2 – Desinfecção Local.



Imagem 3 – Lanceta Segura.



Imagem 4 – Gota de Sangue.



Imagem 5 - Resultado.

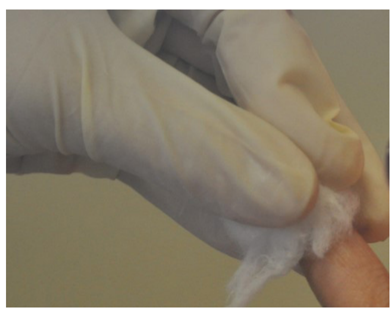


Imagem 6 – Leve Compressão Local.



Imagem 7 - Descarte.

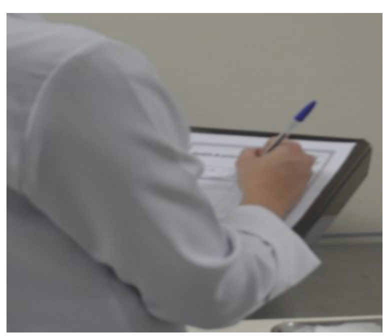


Imagem 8 – Anotação no Prontuário.

Fotos: Assessoria de Comunicação da Escola de Enfermagem da UFMG, 2018

REFERÊNCIAS

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2017-2018/Sociedade Brasileira de Diabetes; org. José Egídio Paulo de Oliveira - São Paulo: Ed. Clannad; 2017. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf.

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko Ainda, OHNISHI, Mitsuko. **Técnicas Fundamentais De Enfermagem** - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

NETTINA, S. M. **Práticas de Enfermagem**. 10° edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2015. 1854p.

STACCIARINI, Thaís Santos Guerra e CUNHA, Marina Hygina Rivbeiro. **Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem.** São Paulo, Editora Atheneu, 2014.

VOLPATO, Andrea Cristine Bersane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

CAPÍTULO 31

OXIGENOTERAPIA E TERAPIA INALATÓRIA

Karine Luciano Barcelos

Rodrigo Mezzadre Machado

Júlio César Batista Santana

Stefany Jackelline Moreira Lima

OXIGENOTERAPIA

Terapia que consiste na administração de oxigênio suplementar com o objetivo de elevar ou manter a saturação de oxigênio dentro dos valores de normalidade, evitando dessa forma as complicações em decorrência da hipoxemia.

TERAPIA INALATÓRIA

Via para a administração de medicamentos para o tratamento de patologias agudas e crônicas, contribuindo para melhor qualidade de vida de pacientes acometidos por doenças do sistema respiratório.

OXIGENIOTERAPIA POR CATETER TIPO ÓCULOS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Cateter nasal tipo óculos;
- Copo umidificador;
- Látex;
- Água bidestilada;
- Fonte/cilindro de oxigênio acoplada com fluxômetro.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO OXIGENIOTERAPIA POR CATÉTER NASAL TIPO ÓCULOS

- Lavar as mãos;
- Preparar o material;
- Explicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
- Preencher com água destilada ou esterilizada o umidificador até o nível indicado;
- Controlar a quantidade de litros de oxigênio por minutos;
- Testar na face interna do antebraço o fluxo de oxigênio;
- Observar se a cânula nasal está bem adaptada e em bom funcionamento;
- Avaliar o funcionamento do aparelho constantemente, observando o volume de água do umidificador e a quantidade de litros por minuto;
- Trocar água do umidificador conforme protocolo da instituição e sempre que estiver abaixo do nível mínimo demarcado no copo, desprezando todo o conteúdo (não completar o umidificador);
- Avaliar com frequência as condições do paciente, sinais de hipóxia, anotar e prestar

assistência adequada;

- Manter vias aéreas desobstruídas;

- No caso de cilindros de oxigênio, mantê-los na vertical, longe de aparelhos elétricos e de fontes de calor;

- Monitorar oximetria de pulso;

- Monitorar sinais vitais;

- Anotar e checar os procedimentos realizados no prontuário.



MATERIAIS E EQUIPAMENTOS - MICRONEBULIZAÇÃO

- Kit micronebulização: Máscara facial, copo micronebulizador e extensor de oxigênio;

- Máscara facial acoplada com copo do micronebulizador;

SF 0,9 % + medicação prescrita pelo médico;

- Fonte de oxigênio acoplada com fluxômetro.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO - MICRONEBULIZAÇÃO

- Verificar a prescrição médica;

- Conferir os seis certos: Paciente certo, medicação certa, horário certo, via certa, dosagem certa, checagem certa;

- Lavar as mãos;

- Preparar o material;

- Adicionar o soro fisiológico 0,9% e a medicação conforme prescrição médica;

- Elevar a cabeceira do leito;

- Ligar a conexão do micronebulizador à fonte de ar medicinal (oxigênio ou ar comprimido);

- No caso de cilindros de oxigênio, mantê-los na vertical, longe de aparelhos elétricos e de fontes de calor;

- Abrir o fluxo do ar medicinal em litros por minuto e observar a saída do aerossol (fumaça);

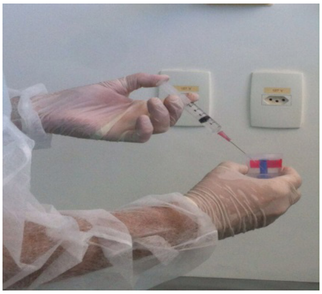
- Orientar o paciente a inspirar profundamente o aerossol do medicamento;

- Permanecer com a máscara até o termino da medicação;

- Avaliar o paciente, fazer a ausculta pulmonar e observar melhora do quadro respiratório;

- Anotar e checar os procedimentos realizados no prontuário.











OXIGENIOTERAPIA POR MACRONEBULIZAÇÃO MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Kit Macronebulização: máscara facial, copo umidificador e traqueia;
- Máscara facial acoplada com copo umidificador e traqueia;
- Água bidestilada;
- Fonte de oxigênio acoplada com fluxômetro.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO OXIGENIOTERAPIA POR MACRONEBULIZAÇÃO

- Lavar as mãos;
- Preparar o material;
- Explicar e orientar ao paciente o procedimento a ser realizado;

- Colocar água destilada ou esterilizada no umidificador até o nível indicado;

- Controlar a quantidade de litros por minutos;

- Testar na face interna do antebraço o fluxo de oxigênio e observar a saída de névoa esbranquiçada;

- Avaliar o funcionamento do aparelho constantemente observando o volume de água do umidificador e a quantidade de litros por minuto;

- Trocar água do umidificador conforme protocolo da instituição, desprezando todo o conteúdo (não completar o umidificador);

- Avaliar frequentemente as condições do paciente atentando aos sinais de hipóxia e prestar assistência adequada;

- Manter vias aéreas desobstruídas;

- No caso de cilindros de oxigênio, mantê-los na vertical, longe de aparelhos elétricos e de fontes de calor;

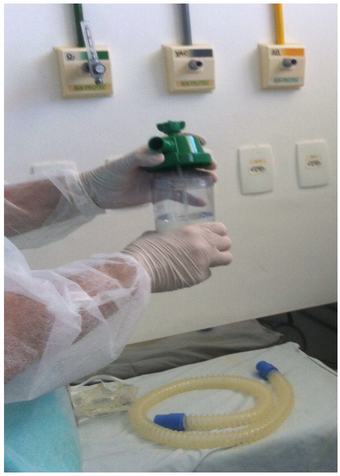
- Monitorar oximetria de pulsos;

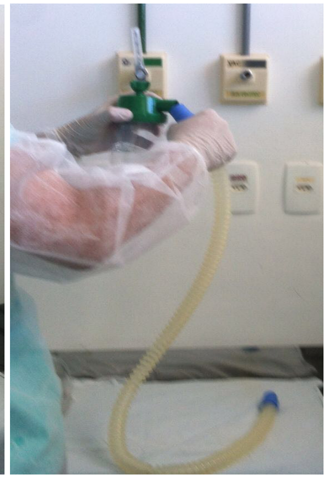
- Controlar sinais vitais;

- Anotar e checar os procedimentos realizados no prontuário.



















MATERIAIS E EQUIPAMENTOS TERAPIA INALATÓRIA USO DO ESPAÇADOR

- Espaçador;

- Medicação.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO - USO DO ESPAÇADOR

- Verificar a prescrição médica;

- Conferir os seis certos: Paciente certo, medicação certa, horário certo, via certa, dosagem certa, checagem certa;

- Lavar as mãos;

- Preparar o material;

- Explicar e orientar ao paciente o procedimento a ser realizado;

- Solicitar que o paciente a inspire profundamente durante a administração do medicamento;

- Agitar o dispositivo e acoplá-lo ao espaçador;

- Adaptar a máscara na face do paciente;

- Disparar a mediação dentro do espaçador, acionando o dispositivo uma única vez a cada ciclo;

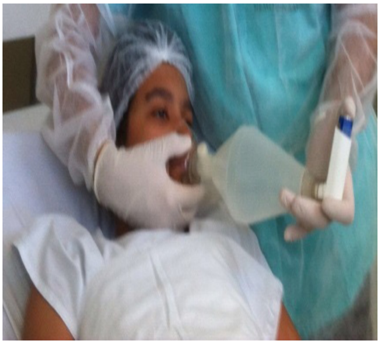
- Pausa inspiratória: Em crianças menores com a utilização da máscara, deixá-la na bem adaptada à face durante seis inspirações ou por 10 segundos;

- Avaliar o paciente, fazer a ausculta pulmonar e observar sinais de melhora do quadro respiratório;

- Monitorar os sinais vitais, ficar atento ao padrão respiratório e à frequência cardíaca;

- Anotar e checar o procedimento no prontuário.



FLUXOGRAMA

SELEÇÃO DA TERAPIA INALATÓRIA

↓

PRESCRIÇÃO MÉDICA

↓

LAVAR AS MÃOS

↓

SEPARAR OS MATERIAIS E MEDICAMENTOS

↓

ORIENTAR O PACIENTE EM RELAÇÃO AO PROCEDIMENTO

↓

ADMINISTRAR A TERAPIA INALATÓRIA

↓

AVALIAR O PACIENTE

↓

APRESENTOU MELHORA	NÃO APRESENTOU MELHORA
↓	↓
ANOTAR E CHECAR NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE	COMUNICAR AS ALTERAÇÕES E PROVIDENCIAR NOVO TRATAMENTO
↑	↓
	AVALIAR O PACIENTE
	↓
←	APRESENTOU MELHORA

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Rita *et al*. Terapêutica inalatória: Técnicas de inalação e dispositivos inalatórios. **Rev Port Imunoalergologia**, Lisboa, v. 25, n. 1, p. 9-26, mar. 2017. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-97212017000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 jul. 2018.

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko Ainda, OHNISHI, Mitsuko. **Técnicas Fundamentais de Enfermagem** - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

NETTINA, S. M. **Práticas de Enfermagem**. 10° edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2015. 1854p.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). **Blackbook Enfermagem.** 1 ed. Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1.

SANTANA, J. C. B, DUTRA, B. S, PEREIRA, H. O., SILVA, E. A. M. SILVA, D. C. M. **PROCEDIMENTOS BÁSICOS E ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM: fundamentos para a prática.** Editora: AB Editora. Goiânia. 2011. 328 p.

SANTANA, Júlio César Batista; MELO, C. L. (Org.); DUTRA, Bianca Santana (Org.). **MONITORIZAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA: fundamentação para o cuidado.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. v. 1. 384p.

SANTANA, Júlio Cesar Batista (Org.); DUTRA, Bianca Santana, (Org.); MELO, Clayton Lima (Org.) **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: procedimentos básicos e especializados.** 1. ed. Curitiba: Editora CRV 2018. 726p.

VOLPATO, Andrea Cristine Bersane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

CAPÍTULO 32

TÉCNICA DE ECG

Matheus Medeiros e Melo

Júlio César Batista Santana

Bianca Santana Dutra

Marco Aurélio de Sousa

Stefany Jackelline Moreira Lima



Figura 1. Aparelho de eletrocardiogrma, papel ou bobina específica, cabos e eletrodos.

CONCEITO

O eletrocardiograma (ECG) é utilizado para avaliação da eletrofisiologia do coração, o que possibilita a detecção de agravos do sistema de condução elétrica e outras doenças relacionadas a este órgão. Através de eletrodos conectados ao tórax e membros superiores e inferiores, torna-se possível detectar a diferença de potencial elétrica existente nas células do miocárdio. Evento este que ocorre através de trocas iônicas entre cálcio, sódio e potássio, gerando a despolarização nas membranas celulares, repolarização e repouso, captados nos eletrodos.

O exame eletrocardiográfico é simples, seguro e de baixo custo. Os cabos dos eletrodos são conectados a um aparelho com capacidade de amplificar as ondas de ECG, assim o registro é realizado em um papel específico para eletrocardiograma, onde serão registradas as derivações periféricas e torácicas ou precordiais. Um eletrocardiograma padrão, possui 12 derivações, 6 periféricas (DI,DII, DIII, aVR, aVL e aVF) e 6 precordiais ou torácicas (V1, V2, V3, V4, V5 e V6), descritas a seguir:

Derivações periféricas

Estas derivações são captadas pelos eletrodos localizados nos membros superiores e inferiores, assim formam um triângulo equilátero, denominado triângulo de Einthoven, com o coração localizado ao centro onde teremos as derivações bipolares: DI, DII, DIII; e as derivações unipolares: aVR, aVL e aVF. (Vide Figura 1.1).

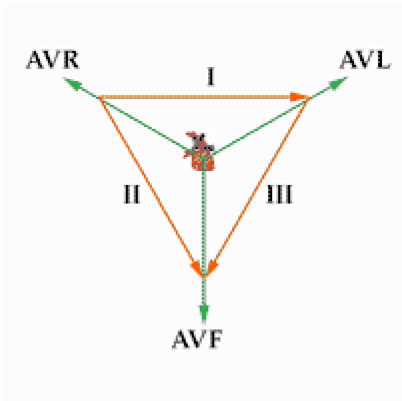


Figura 1.1: Triângulo de Einthoven

Fonte site My EKG (http://pt.my-ekg.com/generalidades-ecg/derivacoes-ecg.html).

Os eletrodos do eletrocardiograma na extremidade que corresponde ao cabo paciente se ramificam em eletrodos bipolares fixados nos membros e eletrodos precordiais unipolares fixados no tórax no qual os bipolares dos membros são os eletrodos positivo no braço esquerdo (PBE), negativo no braço direito (NBD), positivo na perna esquerda (PPE) e o neutro na perna direita (NPD) que através das derivações demonstram a diferença de potencial elétrico no coração que são:

- **DI** que capta a diferença de potencial elétrico existente entre os eletrodos do PBE e NBD;

- **DII** capta a diferença de potencial elétrico existente entre os eletrodos PPE e NBD;

- **DIII** verifica a diferença de potencial elétrico existente entre os eletrodos PPE e NBE;

- **aVR** que capta a diferença de potencial do centro do coração em direção ao eletrodo PBD;

- **aVL** que capta a diferença de potencial elétrico do centro do coração para o eletrodo PBE;

- **aVF** que capta a diferença de potencial do centro do coração ao eletrodo PPE.

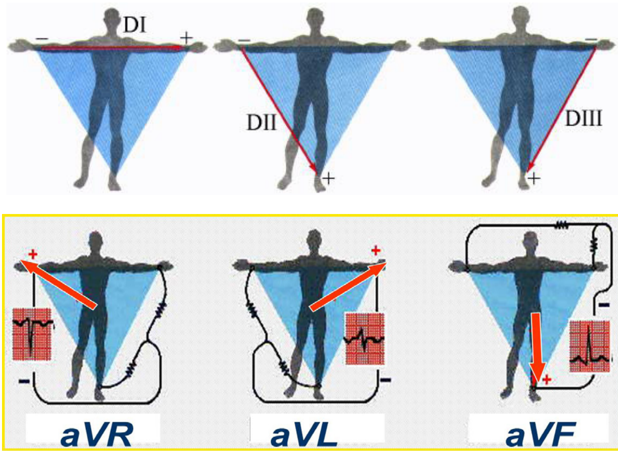


Figura 1.2

Fonte: http://ecg.med.br/derivacoes.asp

Derivações torácicas ou precordiais

Quando se quer obter uma visão mais ampla do funcionamento elétrico cardíaco ainda é necessária à utilização das derivações precordiais, que visualizam o coração em sua corrente elétrica horizontal, diferente das derivações posicionadas nos membros que exibem a corrente elétrica cardíaca em sua passagem vertical no coração, essa visualização se comparam para Dubin e Silveira (1982) a fotografias tiradas de um carro em diferentes ângulos. As derivações precordiais para BAAS (2005, p. 9, 10, 11) se dividem em:

- V1 que se posiciona na margem esternal direita, no 4º espaço intercostal;

- V2 posicionado na margem esternal esquerda, no 4º espaço intercostal;

- V3 posicionado entre V2 e V4 no 5º espaço intercostal;

- V4 posicionado no 5º espaço intercostal na linha clavicular média;

- V5 posicionado no 5º espaço intercostal na linha axilar;

- V6 posicionado no 5º espaço intercostal na linha axilar média.

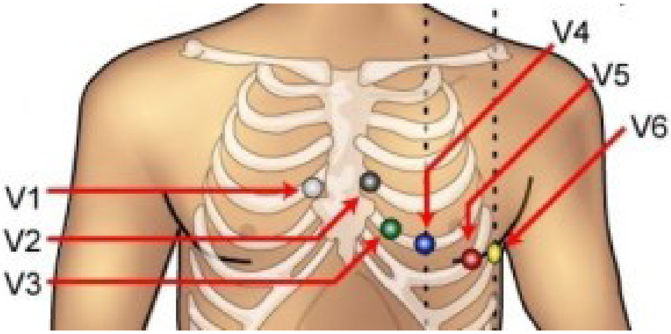


Figura 1.3. Derivações precordiais e seus respectivos eletrodos.

Fonte: http://enfermagemcomamor.com.br/index.php/2017/10/18/eletrocardiograma/ecg-lead-placement-520x245/

Com os eletrodos posicionados, o eletrocardiograma será registrado no papel específico, veremos de forma mais específica no capítulo sobre monitorização cardíaca.

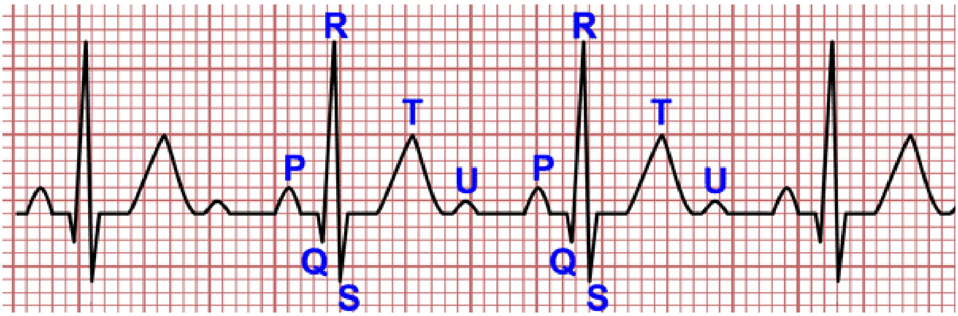


Figura: Traçado de ECG com representação da onda P, complexo QRS, onda T e onda U.

Em situações mais específicas, teremos outras derivações precordiais, como V7e V8 utilizadas para explorar da parede posterior do ventrículo esquerdo, e as derivações de V3R a V6R que demonstram a atividade elétrica do ventrículo direito, cujo os eletrodos são posicionados nos seguintes pontos:

- V7 posicionado na linha axilar posterior;
- V8 posicionado a meia distância entre as derivações V7 e V9;
- V9 posicionado na linha paravertebral;

E as derivações precordiais direitas

- V1R posicionado no 4º espaço intercostal (EIC), borda esternal esquerda;
- V2R posicionado no 4° EIC, borda esternal direita;

- V3R posicionado a meia distância entre V2R e V4R;

- V4R posicionado no 5º EIC, linha hemiclavicular à direita;

- V5R posicionado no 5º EIC, axilar média anterior à direita;

- V6R posicionado no 5º EIC, axilar média à direita.

TÉCNICA DE ECG - MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Eletrodos (a quantidade dependerá do modelo do aparelho de eletrocardiograma, podendo ser: descartáveis, pera de borracha, pinças/garras);

- Aparelho de eletrocardiograma;

- Gel condutor conforme especificação dos eletrodos a serem utilizados;

-Tesoura para tonsura dos pelos ou tricotomia se necessário;

- Papel específico para eletrocardiograma;

- Lenço de papel ou gaze;

- Álcool 70%.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO - TÉCNICA DE ECG

- Higienizar as mãos;

- Identificar-se;

- Checar o nome e o leito do cliente;

- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;

- Remover objetos que possam causar interferência ao exame (ex: aparelho celular, adornos...).

- Solicitar ao cliente que permaneça em decúbito dorsal;

- Passar algodão embebido em álcool no local de contato entre as garras e a pele;

- Instalar os eletrodos em membros inferiores e superiores, conectando os respectivos cabos de acordo com as cores;

- Solicitar cooperação quanto a permanecer imóvel para realização do exame;

- Ligar o aparelho, e rodar o papel a fim de centralizar o registro gráfico;

- Colocar os eletrodos no tórax, conforme descrito anteriormente (DERIVAÇÕES PRECORDIAIS);

- Inserir o papel específico para realização do ECG;

- Iniciar o registro;

- Retirar os eletrodos;

- Fazer limpeza do tórax do cliente;

- Identificar o exame com os dados do cliente, horário e data em que foi realizado;

- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;

- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar material utilizado, no expurgo;

- Higienizar as mãos;

- Limpar o aparelho de ECG;

- Guardar o aparelho de ECG;

- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Avaliar a qualidade dos exames;

- Avaliar a troca de eletrodos;

- Avaliar a integridade cutânea;

- Avaliar interferência elétrica.

Riscos / Tomada de Decisão

- Interferência: usar filtro, desligar corrente elétrica (deixar aparelho na bateria);

- Lesão de pele: A lesão que pode ocorrer, é de caráter superficial, causada pela pressão de sucção das “peras”, ocasionando discreto rompimento de vasos, a única conduta nestes casos é observar a pele do cliente que deve evoluir c/ regressão do hematoma em 2 dias;

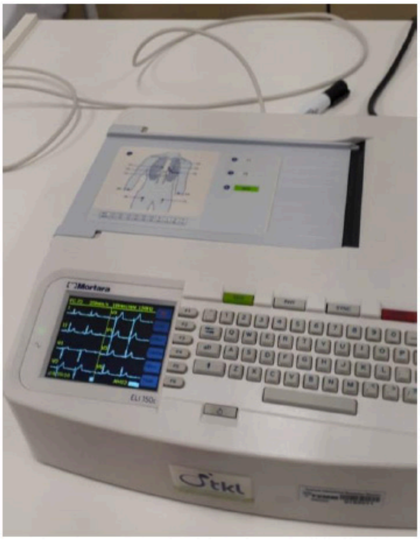
- Em caso de troca de eletrodo, o eletrocardiograma deve ser refeito.



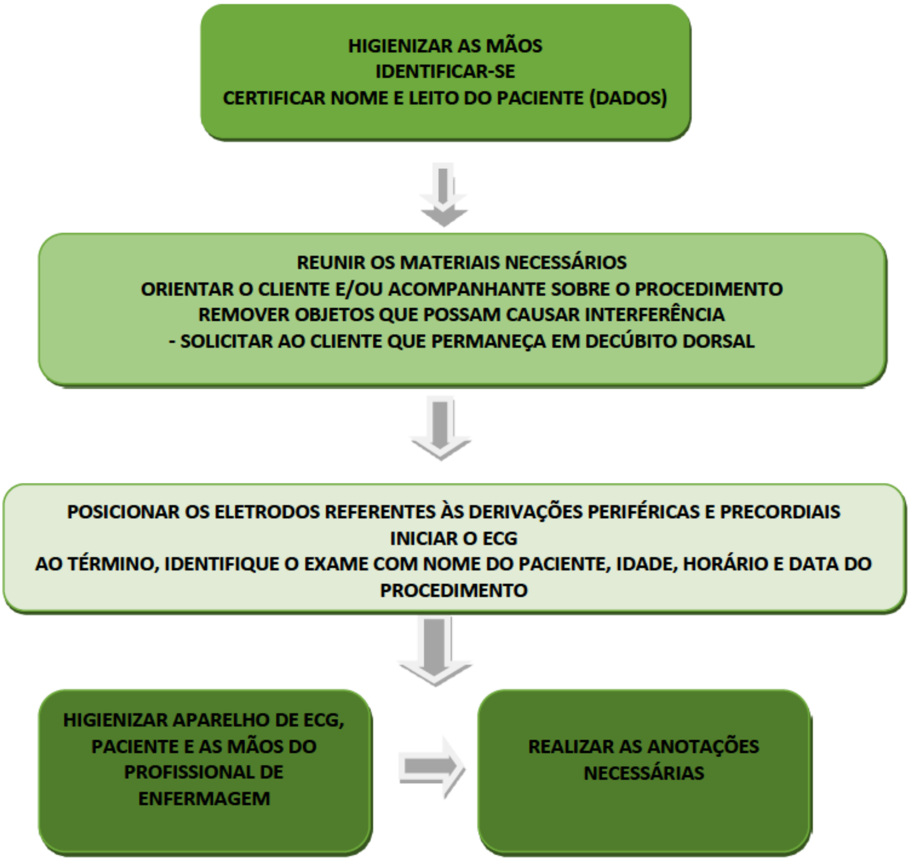








FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko Ainda, OHNISHI, Mitsuko. **Técnicas Fundamentais De Enfermagem** - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

NETTINA, S. M. **Práticas de Enfermagem**. 10° edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2015. 1854p.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). **Blackbook Enfermagem.** 1ed.Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1.

SANTANA, J.C.B, DUTRA, B.S, PEREIRA, HO, SILVA, E.A.M. SILVA, D. C. M. **PROCEDIMENTOS BÁSICOS E ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM: fundamentos para a prática.** Editora: AB Editora. Goiânia. 2011. 328 p.

SANTANA, Júlio César Batista; MELO, C. L. (Org.); DUTRA, Bianca Santana (Org.). **MONITORIZAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA: fundamentação para o cuidado.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. v. 1. 384p.

SANTANA, Júlio Cesar Batista (Org.); DUTRA, Bianca Santana, (Org.); MELO, Clayton Lima (Org.) **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: procedimentos básicos e especializados.** 1. ed. Curitiba: Editora CRV 2018. 726p.

VOLPATO, Andrea Cristine Bersane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

CAPÍTULO 33

TÉCNICA DE COLETA DE EXAMES

Matheus Medeiros e Melo

Júlio César Batista Santana

Kelly Cristine Lopes e Souza

Marco Aurélio de Sousa

Stefany Jackelline Moreira Lima

CONCEITO

A coleta de sangue/flebotomia consiste na punção de uma veia para obter amostra de sangue para análise clínica. O sangue é composto por elementos figurados e plasma. Dentre os elementos estão os glóbulos vermelhos ou eritrócitos, glóbulos brancos ou leucócitos e plaquetas ou trombócitos. E o plasma sendo constituído de 90% de água e 10% de solutos.

As principais veias para coleta de sangue são: veia cefálica, basílica, mediana, metacarpianas e dorsais. O local de preferência para as venopunções é a fossa antecubital. Devem-se evitar múltiplas punções no mesmo local, locais com edema e hiperemia e próximas a processo infeccioso. Para escolha de uma veia, deve-se levar em consideração alguns critérios como: visibilidade, calibre, trajeto, elasticidade e palpação.

Na coleta de sangue a vácuo o risco de contaminação é menor, pois as amostras ficam protegidas por um dispositivo, há uma melhor condição para o profissional.

TÉCNICA DE COLETA DE EXAMES

A técnica da coleta de exame deve seguir:

- Técnica asséptica com rigorosa higienização das mãos;
- Organização do material, atentando para a escolha dos tubos de acordo com o pedido médico;
- Orientação ao paciente;
- Natureza do exame;
- Horário e jejum;
- Fatores que interferem nos resultados.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Garrote;
- Algodão hidrófilo;
- Álcool etílico a 70%;
- Agulha descartável;
- Seringa descartável;
- Sistema a vácuo: suporte, tubo e agulha descartável;
- Tubos de ensaio com tampa (próprios para cada tipo de coleta);

- Etiquetas para identificação de amostras;

- Avental e máscara;

- Luvas descartáveis;

- Estantes para tubos.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO - TÉCNICA DE COLETA DE EXAMES

Técnica de coleta de sangue venoso feita com seringa e agulha descartáveis

- Colocar a agulha na seringa sem retirar a capa protetora;

- Movimentar o êmbolo e pressioná-lo para retirar o ar;

- Ajustar o garrote de 7,5 cm a 10,0 cm acima do local da punção para evitar a contaminação do local, pedir ao paciente que feche a mão para evidenciar a veia e não utilizar continuamente por mais de 1 minuto;

- Fazer a antissepsia do local da coleta com algodão umedecido em álcool a 70% com um movimento circular do centro para fora, com cuidado para não tocar novamente na região após a antissepsia;

- Realizar a punção com bisel pra cima, introduzindo a agulha mais ou menos 1 cm no braço, respeitando a angulação de *30º* (ângulo oblíquo), em relação ao braço do paciente;

- Soltar o garrote assim que o sangue começar a fluir na seringa;

- Coletar aproximadamente 10 ml de sangue em adultos, e de 2 a 5 ml em crianças;

- Separe a agulha da seringa com o auxílio de uma pinça, descarte a agulha em recipiente de boca larga, paredes rígidas e tampa;

- Oriente o paciente a pressionar com algodão a parte puncionada, mantendo o braço estendido, sem dobrá-lo;

- Transfira o sangue para um tubo de ensaio sem anticoagulante e escorra delicadamente o sangue pela parede do tubo, para evitar a hemólise da amostra. Descarte a seringa no mesmo recipiente de descarte da agulha.

Técnica de coleta de sangue venoso feita no sistema a vácuo

- Rosquear a agulha no canhão. Não remova a capa protetora de plástico da agulha;

- Ajuste o garrote e faça a escolha da veia;

- Faça a antissepsia do local da coleta com algodão umedecido em álcool a 70%, e não encoste mais no local desinfetado; em movimentos circulares, do centro para as extremidades;

- Remova o protetor plástico da agulha. Faça a punção;

- Introduza o tubo no suporte, pressionando ate o limite;

- Solte o garrote assim que o sangue começar a fluir no tubo;

- Separe a agulha do suporte com o auxílio de uma pinça.

Descarte a agulha em recipiente de boca larga, paredes rígidas e tampa, contendo hipoclorito de sódio a 2%;

- Oriente o paciente a pressionar com algodão a parte puncionada, mantendo o braço estendido, sem dobrá-lo.

O hospital e o laboratório devem estabelecer uma política institucional para a escolha da técnica de coleta de sangue, considerando do custo do material, finalidade do procedimento, o tipo de cliente, a habilidade dos flebotomistas e as características da instituição.

Coleta de gasometria arterial

A análise dos gases no sangue arterial é fundamental no tratamento de pacientes críticos, e requer cuidados na escolha do material adequado a ser utilizado na coleta, na conservação da amostra e no transporte imediato ao laboratório.

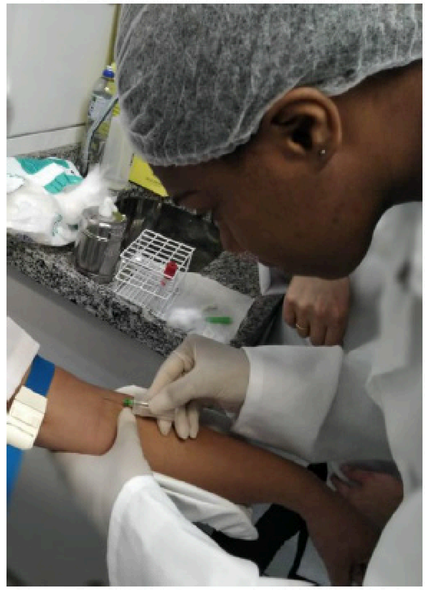
O CLSI C46-A – Blood Gas and pH Analysis Related Measurements; Approved Guideline recomenda o uso de seringas plásticas com anticoagulante apropriado, preferencialmente, a heparina liofilizada, podendo ser mantida à temperatura ambiente, por, no máximo, 30 minutos após a coleta. Quando a seringa for de plástico, não se indica a manutenção da amostra em ambiente refrigerado. De acordo com o International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (IFCC), a seringa de gasometria deve conter 50 UI de heparina lítica balanceada com cálcio por ml de sangue total. A heparina utilizada para fins terapêuticos para anticoagulação sistêmica não deve ser utilizada como agente anticoagulante na análise de gases sanguíneos.

As artérias de escolha para punção são as artérias radial, braquial ou femoral. No caso de recém-nascidos, pode-se optar pelas artérias do couro cabeludo ou as artérias umbilicais durante as primeiras 24 a 48 horas de vida.

Após a obtenção da amostra, despreza-se a agulha, retira-se o ar residual, veda-se a ponta da seringa e homogeniza-se suavemente, rolando a entre as mãos.

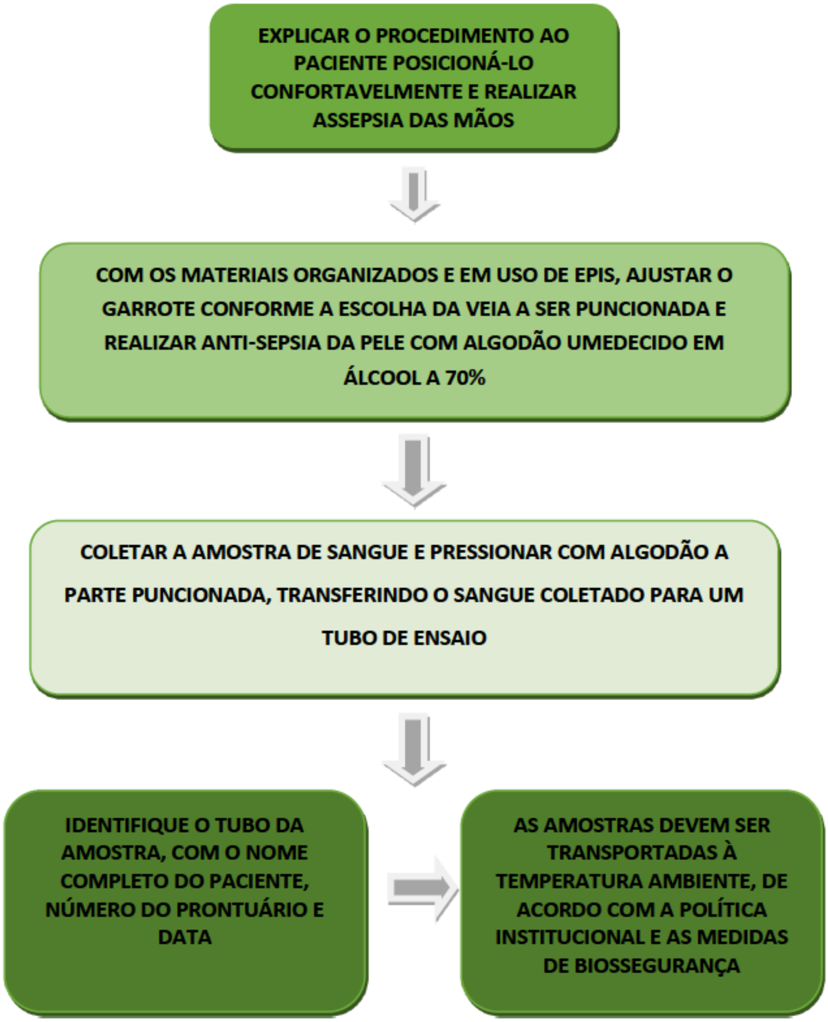
O material deve ser encaminhado ao laboratório no prazo máximo de 15 minutos.


3 de jul de 2019





FLUXOGRAMA COLETA DE SANGUE VENOSO



REFERÊNCIAS

Técnicas para coleta de sangue. Brasília: Ministério da Saúde, Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. 1997. 63 p. II.

(série TELELAB). 1. Coleta de Sangue. I. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (Brasil). II. Série TELELAB.

Recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial para coleta de sangue venoso – 2. ed. Barueri, SP: Minha Editora, 2010.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). **Blackbook Enfermagem.** 1ed. Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1.

CAPÍTULO 34

TÉCNICA DE COLETA DE EXAMES: URINA

Matheus Medeiros e Melo

Júlio César Batista Santana

Kelly Cristine Lopes e Souza

Marco Aurélio de Sousa

Stefany Jackelline Moreira Lima

CONCEITO

O exame de urina de rotina deve ser entendido como um teste de triagem, capaz de fornecer informações úteis que possibilitam o diagnóstico de eventuais problemas nos rins e nas vias urinárias, como processos irritativos, inflamatórios ou infecciosos, além de alguns distúrbios metabólicos, como diabete melito e insípido, e distúrbios do equilíbrio acidobásico.

É considerado um procedimento rápido, confiável, preciso, seguro e custo-efetivo, e para que o exame forneça resultados representativos, é importante que a amostra seja coletada seguindo um protocolo bem estabelecido, que deve ser claramente explicado ao paciente e a equipe do laboratório.

A primeira amostra da manhã é a amostra ideal para o exame de urina de rotina, por ser mais concentrada, garantindo, assim, a detecção de substâncias químicas e elementos formados que podem não ser observados em uma amostra aleatória mais diluída.

A coleta de urina de paciente com sonda vesical de demora exige alguns cuidados específicos. Antes de se colher a urina, a sonda deve ser mantida fechada por um período entre 1 e 2 horas. Deve ser feita assepsia no dispositivo da sonda com álcool 70% e devem ser coletados de 30 a 60 ml de urina, com uso de agulha e seringa estéreis. Não deve ser utilizada a urina contida na bolsa coletora.

A urina deve ser coletada em frasco de material inerte, limpo, seco e à prova de vazamento. É recomendado o uso de recipientes descartáveis porque eliminam a possibilidade de contaminação decorrente de lavagem inadequada e todos os inconvenientes e custos de manutenção de um sistema de recuperação dos frascos.

TÉCNICA DE COLETA DE EXAMES

A técnica da coleta de exame deve seguir:

- Técnica asséptica com rigorosa higienização das mãos;

- Organização do material,

- Orientação ao paciente;

- Técnica asséptica de higienização da região urogenital seguindo a ordem dos passos conforme o sexo do paciente.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Frasco identificado;
- Sabão neutro;
- Gaze;
- Luva de procedimento;
- Máscara descartável.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Técnica de coleta de amostra de urina no sexo masculino

- Identificar o frasco de coleta que deve ser fornecido pelo laboratório, colocando o nome do paciente, data e horário de coleta;
- Realizar a higienização das mãos;
- Realizar higiene da região urogenital, retraindo o prepúcio para expor o meato uretral;
- Lavar a glande com água e sabão, começando pelo meato uretral;
- Enxugar, utilizando gaze ou toalha, a partir do meato uretral;
- Com uma das mãos, manter o prepúcio retraído;
- Com a outra mão, segurar o frasco de coleta de urina já destampado;
- Iniciar a micção, desprezando o primeiro jato de urina;
- Fechar o frasco de coleta;
- Encaminhar o frasco para o laboratório no prazo máximo de duas horas, mantendo-o em local fresco e ao abrigo da luz.

Técnica de coleta de amostra de urina no sexo masculino

- Identificar o frasco de coleta que deve ser fornecido pelo laboratório, colocando o nome do paciente, data e horário de coleta;
- Realizar a higienização das mãos;
- Realizar higiene da região urogenital, com água e sabão, sempre no sentido de frente para trás. É importante que os resíduos de pomadas, pós e cremes vaginais, eventualmente utilizados, sejam totalmente removidos;
- Secar a região genital com gaze, sempre no sentido de frente para trás;
- Separar os grandes lábios, limpar o meato urinário e a região ao redor da uretra;
- Com uma das mãos, manter os grandes lábios separados;

- Com a outra mão, segurar o frasco de coleta já destampado;

- Iniciar a micção, desprezando o primeiro jato de urina;

- Fechar o frasco de coleta;

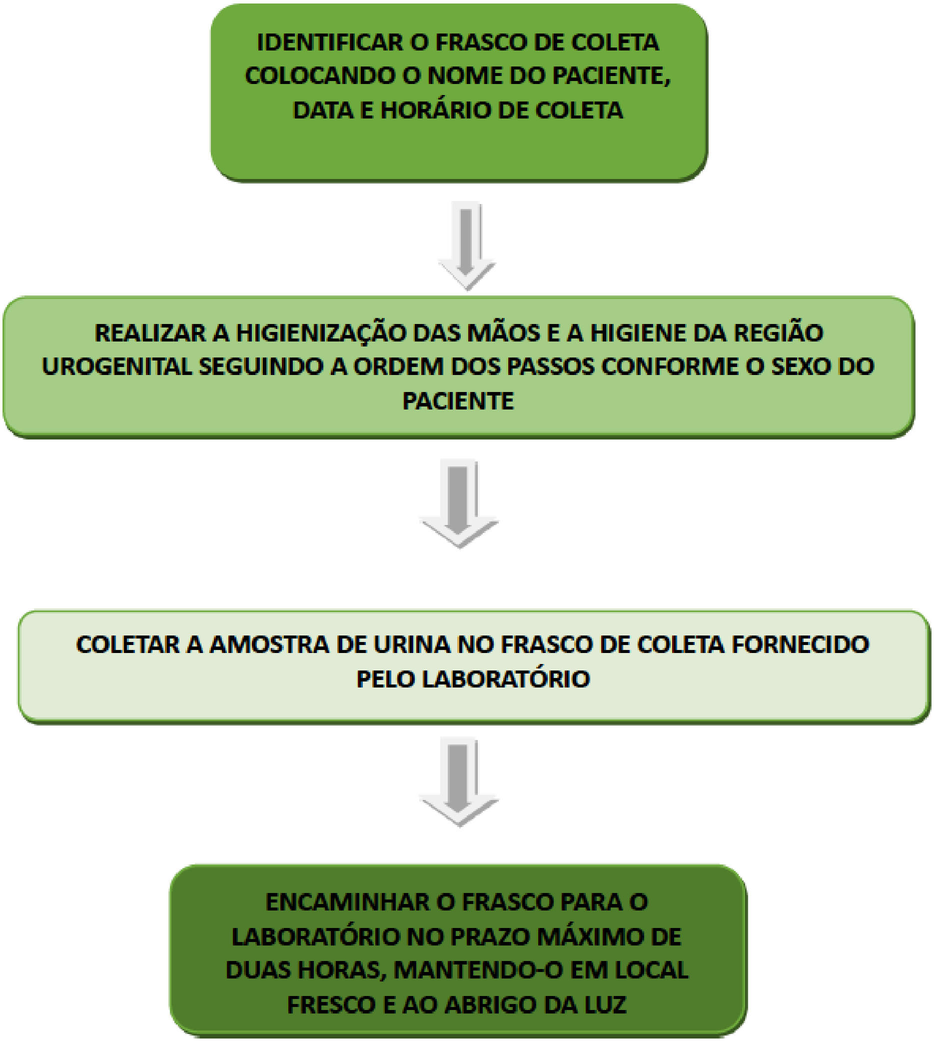
- Encaminhar o frasco para o laboratório no prazo máximo de duas horas, mantendo-o em local fresco e ao abrigo da luz.

Deve-se evitar a coleta de urina durante o período menstrual, se não for possível, avaliar a utilização de um tampão vaginal.

O frasco deve ser encaminhado para o laboratório no prazo máximo de duas horas, caso não possa ser analisada nesse prazo, deve ser refrigerada ou ter um conservante químico adequado adicionado.



FLUXOGRAMA COLETA DE URINA



REFERÊNCIAS

Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (47.: 2013: São Paulo) Recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (SBPC/ML): coleta e preparo da amostra biológica. – Barueri, SP: Manole: Minha Editora, 2014.

CAPÍTULO 35

TÉCNICA DE COLETA DE EXAMES: FEZES

Matheus Medeiros e Melo

Júlio César Batista Santana

Kelly Cristine Lopes e Souza

Marco Aurélio de Sousa

Stefany Jackelline Moreira Lima

CONCEITO

O exame parasitológico de fezes contempla a pesquisa de enteroparasitas, hemoparasitas e ectoparasitas. As principais enteroparasitoses se localizam em diversos sítios, como intestino delgado (Giardia, Ascaris, Ancylostoma), intestino grosso (amebas), ceco (Trichuris), fígado (amebas) e cérebro (cisticercose – Taenia), e vários métodos para o diagnóstico dessas parasitoses devem ser utilizados.

A coleta de fezes não requer jejum do paciente nem restrição de alimentação, e as amostras podem ser de consistências diversas, não sendo impeditivo para a realização do exame parasitológico.

A consistência, a coloração, a presença de muco, sangue ou outras estruturas e, principalmente, a presença de vermes adultos podem ser relatados no laudo do exame emitido pelo laboratório.

A amostra de fezes deve ser colocada em frasco coletor universal de plástico limpo e seco com tampa de rosca, podendo-se utilizar um recipiente limpo (penico, comadre ou mesmo plástico), e colocar as fezes frescas imediatamente no frasco coletor universal, devendo estar isentas de água e urina para que não ocorra interferência no resultado. A quantidade deve corresponder a aproximadamente meio frasco, cerca de 50 a 100 g, e se a amostra tiver liquefeita ou aquosa, essa quantidade da amostra deve ser de cerca de 10 mL. Ao utilizar conservadores para as fezes, seguir as instruções do kit. A temperatura de conservação das amostras é a ambiente, devendo ser deixado em local fresco.

TÉCNICA DE COLETA DE EXAMES

A técnica da coleta em parasitologia deve seguir:

- Técnica asséptica com higienização das mãos;

- Organização do material;

- Orientação ao paciente.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

-Frasco identificado;

-Luva de procedimento;

-Máscara descartável

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Técnica de coleta de amostra de fezes

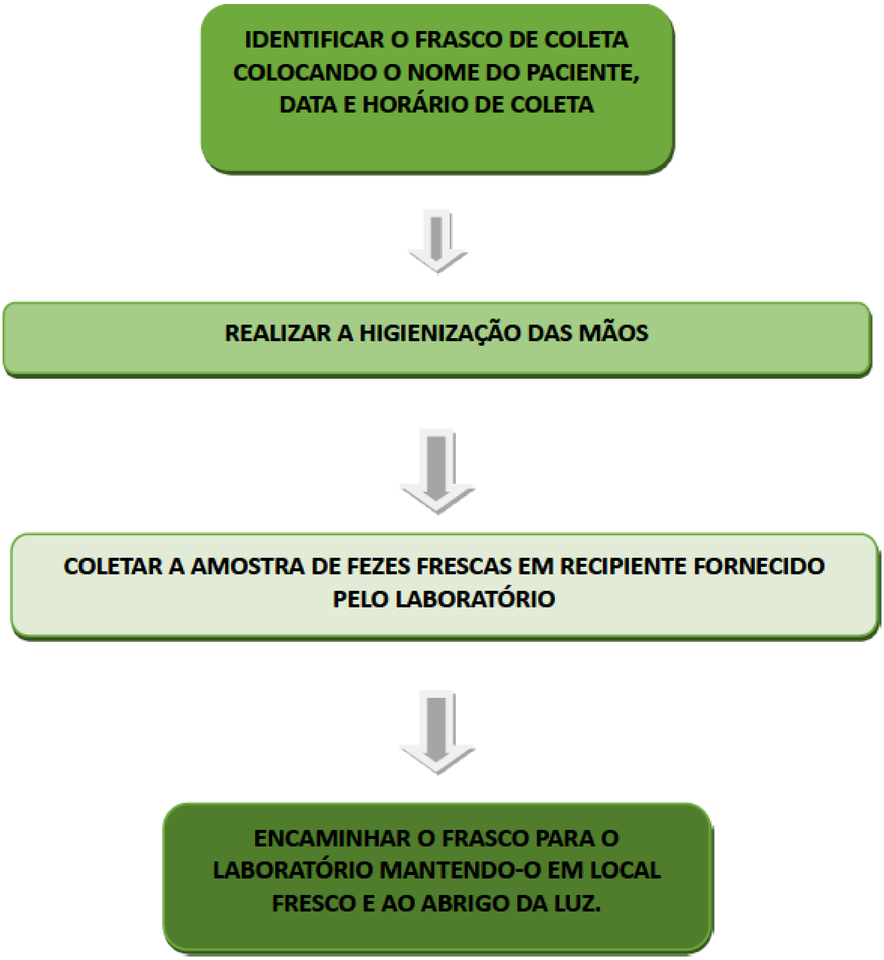
- Identificar o frasco de coleta que deve ser fornecido pelo laboratório, colocando o nome do paciente, data e horário de coleta;

- Realizar a higienização das mãos;

Deve-se coletar uma pequena porção de fezes frescas, sem uso de substâncias laxativas e sem contaminação com urina ou água. É importante acondicioná-las em frasco coletor com tampa de rosca de aproximadamente 80 ml, ao abrigo da luz, e encaminhar ao laboratório no mesmo dia ou no máximo até o dia seguinte, desde que conservada em geladeira. Não se devem adicionar soluções conservantes à amostra de fezes, exceto quando por orientação do fabricante do reagente.



FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (47.: 2013: São Paulo) Recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (SBPC/ML): coleta e preparo da amostra biológica. – Barueri, SP: Manole: Minha Editora, 2014.

CAPÍTULO 36

TÉCNICA DE MONITORIZAÇÃO CARDÍACA

Matheus Medeiros e Melo

Júlio César Batista Santana

Marco Aurélio de Sousa

Bianca Santana Dutra

Andressa Siuves Gonçalves Moreira

Mariane da Costa Moura

Mariana de Vasconcelos Silva Rocha

CONCEITO

A monitorização cardíaca auxilia na identificação de arritmias, anormalidades no sistema de condução elétrica do coração, no diagnóstico de distúrbios hiroeletrolíticos, além da avaliação da estabilidade hemodinâmica. Podemos utilizar métodos de monitorização não invasiva (ECG como exemplo) e monitorização invasiva (Pressão Venosa Central, Pressão Arterial Invasiva como exemplos).

Procedimentos estes, de suma importância em ambientes de Unidade de Terapia Intensiva, Unidades de Urgência e Emergência, Centro Cirúrgico e setores de Hemodinâmica.

Monitorização de ECG Contínua:

O coração possui um sistema de condução elétrica autônomo, onde os estímulos são originados e assim temos o controle das contrações do miocárdio.

Sistema de Condução Elétrica:

- Nó Sinusal ou Nó Sinoatrial (NSA): é uma estrutura localizada próximo a junção da veia cava superior e o átrio direito, recebe inervação simpática e parassimpática, é o marcapasso sinusal do coração. Responsável por estimular os átrios, levando a despolarização atrial.
- Nó Atrioventricular (NAV): Estrutura localizada no átrio direito junto a junção da valva tricúspide, recebe o estímulo proveniente do NSA, com um ligeiro retardo e o transmite ao feixe de His, estimulando e despolarizando os ventrículos.
- Feixe de His: Possui ramos provenientes do NAV que são direcionados aos ventrículos direito e esquerdo.
- Fibras de Purkinje:: São fibras que formam uma rede na região subendocárdica dos ventrículos, distribuindo o impulso elétrico, o que promove a contração ventricular de forma simultânea.

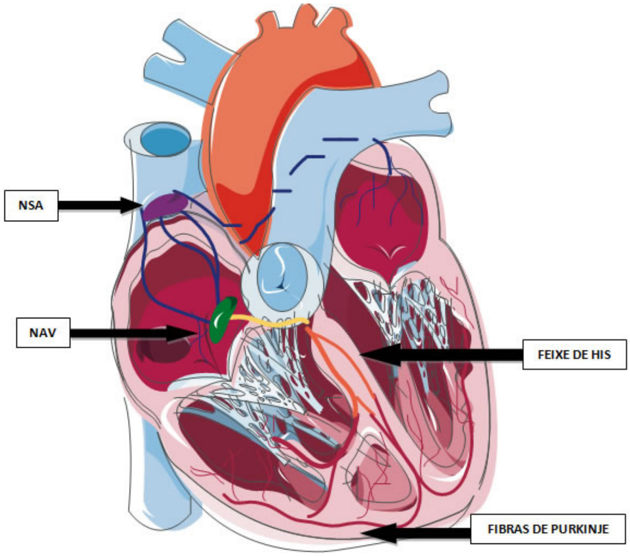


Figura: Sistema de condução elétrica do coração.

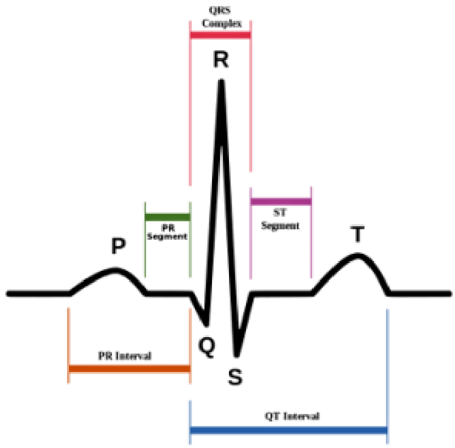
Fonte: http://www.fisiologiafacil.com.br/cursos/fisiologia-geral-ii/sistema-cardiovascular

Trata-se de um mecanismo autônomo que se repete, em média de 60 a 100 vezes por minuto nos adultos. A frequência cardíaca sofre influência dos hormônios circulantes no sistema nervoso simpático (adrenalina e noradrenalina), hormônio tireoidiano, medicamentos, nicotina e álcool.

Ondas do Eletrocardiograma

Com os eletrodos devidamente posicionados (conforme visto no capítulo 31) e um aparelho ou monitor de eletrocardiograma, podemos visualizar as ondas do ECG.

As ondas do eletrocardiograma são referentes as diferentes curvaturas no traçado, relacionados aos estímulos elétricos do potencial de ação. Iremos estudar as ondas P, Complexo QRS, onda T e onda U:



Fonte: http://www.discombobulate.me/workshop/arquetipos/e-health/ecg/

- **Onda P** é a primeira onda do ciclo cardíaco. Representa a despolarização dos átrios. É constituída pela sobreposição da atividade elétrica dos dois átrios. A duração da onda P é inferior a 0,10s (2,5 mm) e uma voltagem máxima de 0,25 mV (2,5 milímetros de altura).
- **Complexo QRS:** É constituído por um conjunto de ondas e representa a despolarização dos ventrículos. É a maior onda do ECG, a sua duração varia de 0.06 s a 0.10 s. O complexo QRS tem várias morfologias dependendo da derivação.
- **Onda T:** Representa a repolarização dos ventrículos. Geralmente é de menor amplitude do que o QRS anterior. Existem muitas doenças que causam alterações na onda T. A cardiopatia isquêmica ou a Hipercalemia são exemplo.
- **Onda U:** Onda positiva de baixa voltagem, que se vê principalmente em derivações precordiais após a onda T. A sua origem é desconhecida. Não representada na figura acima.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Monitor de eletrocardiograma ou multiparâmetro;

- Cabos dos eletrodos 3 ou 5 pontas;

- Eletrodos descartáveis (adesivos);

- Tesoura para tonsura dos pelos ou tricotomia se necessário;

- Lenço de papel ou gaze;

- Álcool 70%.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;

- Identificar-se;

- Checar o nome e o leito do cliente;

- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;

- Remover objetos que possam causar interferência ao exame (Ex: aparelho celular, adornos...).

- Solicitar ao cliente que permaneça em decúbito dorsal;

- Instalar os eletrodos em membros inferiores e superiores, conectando os respectivos cabos de acordo com as cores; no caso de monitorização de ECG contínua, os eletrodos devem ser posicionados apenas no tórax, segue-se a mesma ordem do capitulo 31.

- Avaliar a qualidade do traçado de ECG no monitor.

- Certificar-se do funcionamento correto do monitor.

- Ajustar alarmes e parâmetros.

- Certificar-se que os cabos estão devidamente conectados aos eletrodos.

- Avaliar o ritmo e anormalidades se presentes.

Observações:

- Os eletrodos devem ser trocados diariamente.

- Observar a integridade da pele nos locai de posicionamento dos eletrodos.

- Anotar no prontuário do paciente os valores encontrados, conforme rotina e necessidade.

- Manter o paciente confortável.

CONCEITO

Pressão Venosa Central

A mensuração da Pressão Venosa Central (PVC) é um método acurado da estimação da pressão de enchimento do ventrículo direito, de grande relevância na interpretação de sua função.

Deve ser utilizada de maneira criteriosa e associada a outros parâmetros clínicos e hemodinâmico, a PVC é um dado extremamente útil na avaliação das condições cardiocirculatórias de pacientes em estado crítico. Fornece informações sobre:

- Tônus muscular cardíaco;

- Capacidade do coração em bombear o sangue;
- Volume de sangue que chega ao coração;

Os valores esperados da PVC, mensurada através da linha axilar média como “zero” de referência, estão entre 6 – 10 cm H2O (através da coluna d’água) ou de 3 – 6 mmHg (através do transdutor eletrônico).

Para a mensuração da PVC, é necessário o posicionamento de um cateter em veia central (veia cava superior), comumente utilizando-se de punção percutânea de veia subclávia ou veia jugular interna. É checado radiologicamente para certificar-se que o cateter esteja bem posicionado e não esteja dentro do átrio direito. Pode-se utilizar para a mensuração da PVC, um manômetro de água graduado em cm ou um transdutor eletrônico calibrado em mmHg. Espera-se que haja oscilação da coluna d’água ou do gráfico no monitor, acompanhando os movimentos respiratórios do paciente.

Valores baixos de PVC estão relacionados à hipovolemia conforme a condição clínica do paciente. Os valores elevados estão relacionados a sobrecarga volêmica, falência ventricular. É importante que se faça uma relação dos valores de PVC às condições clínicas do paciente.

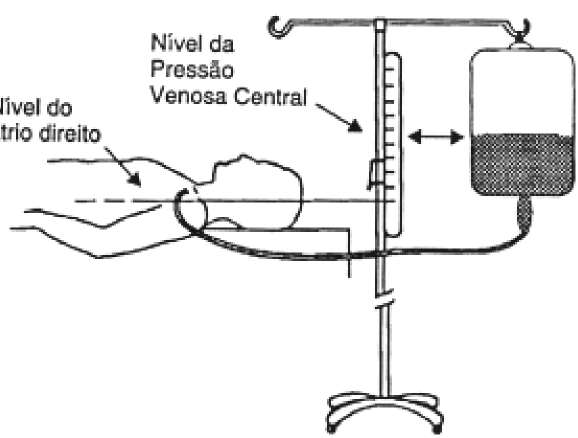


Figura: PVC medida por coluna d´água.

Fonte: http://www.bibliomed.com.br/bibliomed/bmbooks/clinica/livro5/cap/fig07-04.htm

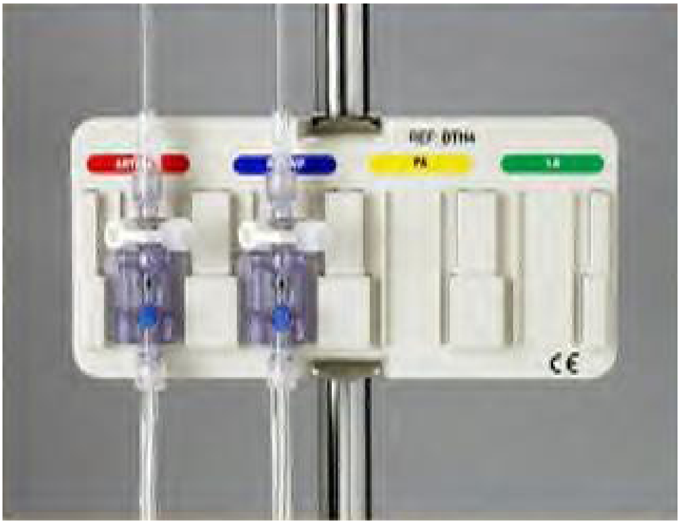


Figura: transdutor de pressão, deve ser conectado ao monitor.

Fonte: http://www2.unifesp.br/denf/NIEn/hemodinamica/pag/monitorizacaozero.htm

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Monitor que faça leitura de PVC;
- Suporte soro;
- Transdutor de Pressão;
- Equipos específicos;
- Solução de SF 0,9%;
- Bolsa pressurizadora;
- Luvas de procedimento.

Observações:

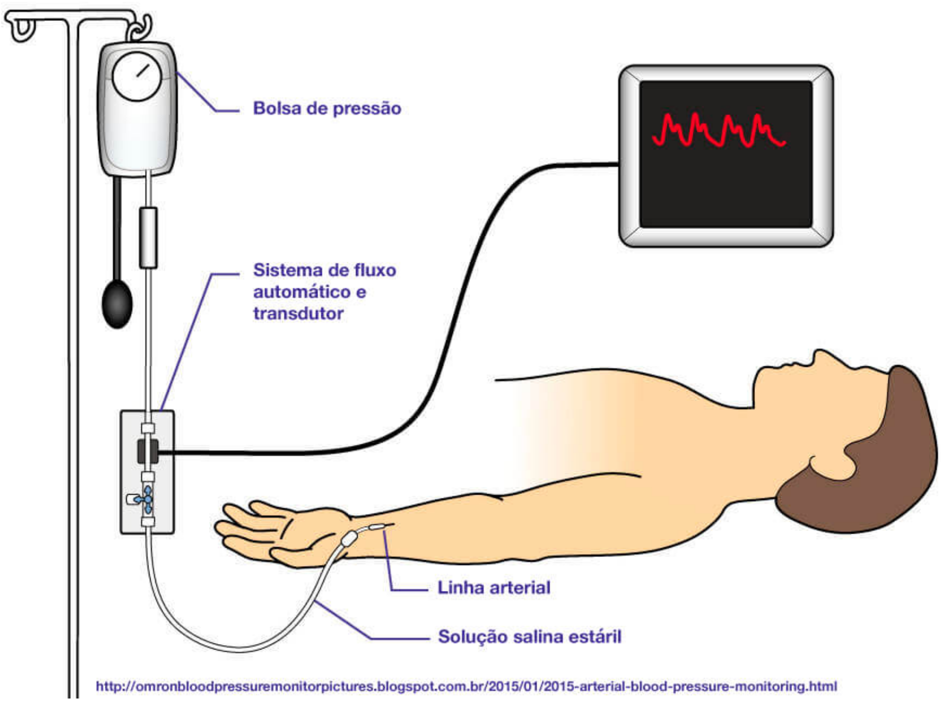
- O paciente deve possuir um acesso venoso central, este implantado com técnica asséptica, profissional devidamente paramentado conforme protocolo da CCIH.
- O sistema de monitorização por transdutor de pressão intermitente, o uso da bolsa pressurizadora se faz necessário.
- Atenção a curva de PVC no monitor multiparâmetro.
- O sistema por coluna d´água é mais simples, visto os recursos tecnológicos, o uso de transdutores de pressão é mais aplicado na prática clínica atual.

CONCEITO

Pressão Arterial Invasiva

A monitorização da pressão arterial invasiva é indicada para pacientes que apresentam labilidade pressórica, instabilidade hemodinâmica, choque circulatório; também indicada para avaliar a resposta ao uso de aminas vasoativas, servindo outrora como via de coleta de sangue arterial para dosagem da gasometria arterial.

Através da inserção de um cateter em uma artéria (radial, femural ou pediosa) e conexão a um sistema de transdutor de pressão, pode-se monitorar a pressão arterial invasiva, com leitura da pressão sistólica, diastólica e média (PAM = Pressão Arterial Média), está com valores normais de entre 70 mmHg a 105mmHg.



MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Mesa auxiliar
- Solução antisséptica
- Cateter arterial
- Gaze estéril

- Máscara descartável

- Avental estéril

- Luva estéril

- Campo estéril – fenestrado

- Seringa descartável

- Agulha 13 x 0,38

- Agulha 40 x 12

- Anestésico local

- Solução salina 0,9% – 250 ml

- Heparina sódica – 5.000 UI/ml

- Kit – transdutor de pressão

- Bolsa pressurizadora

- Fio de sutura agulhado mononylon

- Pinça para sutura/porta-agulha

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Na inserção do cateter:

- Higienização das mãos;

- Prepare o material para o procedimento;

- Prepare o sistema conectando o transdutor de pressão ao frasco de da solução salina 0,9% de 250 ml com heparina na bolsa de pressurização, exercer pressão de 300 mmHg e conectar a saída do transdutor ao cabo de pressão ligado ao monitor;

- Retire o ar do sistema;

- Realizar o Teste de Allen é um teste usado para avaliar o suprimento sanguíneo da mão. O teste avalia a circulação colateral da mão através da avaliação das artérias ulnar e radial;

- Após a obtenção do acesso arterial, conecte o sistema de monitoração ao cateter;

- Zere o sistema (linha axilar média) e ative os alarmes;

- Após a fixação do cateter, realize curativo oclusivo.

Na manutenção do cateter

- Mantenha o membro aquecido e em posição funcional;

- Monitore as extremidades do membro cateterizado (temperatura, presença de

edema, coloração, perfusão capilar e sensibilidade) a cada 4 horas;

- Monitore a presença de sangramento, principalmente em pacientes portadores de coagulopatia;

- Inspecione o sítio de inserção do cateter – hiperemia e presença de secreção – infecção pode estar associada ao tempo de permanência do cateter (mais do que 72 horas) ou à falta de assepsia;

- Mantenha a permeabilidade do cateter – mantenha a bolsa pressurizadora com pressão de 300 mmHg para evitar retorno de sangue e obstrução do cateter;

- Mantenha as conexões seguras e fixadas adequadamente para prevenir desconexão acidental e hemorragia;

- Utilize técnica asséptica para a manipulação do sistema;

- Mantenha a permanência do cateter somente durante o tempo necessário para o controle hemodinâmico, pois o risco de trombose aumenta com o tempo de permanência;

- Troque o sistema de pressão invasiva a cada 72 horas, evitando contaminação;

- Troque a solução salina com heparina a cada 24 horas, para assegurar o efeito da droga.

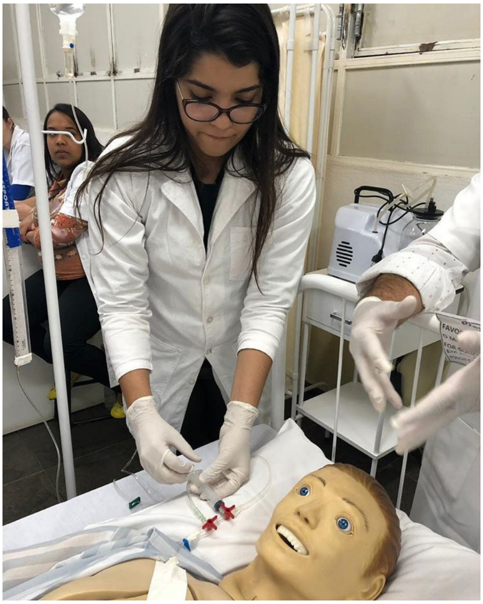
Complicações:

- Insuficiência vascular
- Vasoespasmo
- Redução da perfusão capilar
- Oclusão arterial
- Hemorragia
- Hematoma local
- Infecção do sítio do cateter
- Trombose
- Isquemia e necrose.

Competência

A RESOLUÇÃO COFEN Nº 390/2011 normatiza a execução, pelo enfermeiro, da punção arterial tanto para fins de gasometria como para monitorização de pressão arterial invasiva.







REFERÊNCIAS

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko Ainda, OHNISHI, Mitsuko. **Técnicas Fundamentais De Enfermagem** - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

NETTINA, S. M. **Práticas de Enfermagem**. 10° edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2015. 1854p.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). **Blackbook Enfermagem.** 1ed.Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1

SANTANA, J.C.B, DUTRA, B.S, PEREIRA, HO, SILVA, E.A.M. SILVA, D. C. M. **PROCEDIMENTOS BÁSICOS E ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM: fundamentos para a prática.** Editora: AB Editora. Goiânia. 2011. 328 p.

SANTANA, Júlio César Batista; MELO, C. L. (Org.); DUTRA, Bianca Santana (Org.). **MONITORIZAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA: fundamentação para o cuidado.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. v. 1. 384p.

SANTANA, Júlio Cesar Batista (Org.); DUTRA, Bianca Santana, (Org.); MELO, Clayton Lima (Org.) **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: procedimentos básicos e especializados.** 1. ed. Curitiba: Editora CRV 2018. 726p.

VOLPATO, Andrea Cristine Bersane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

CAPÍTULO 37

TÉCNICA DE OXIMETRIA

Ana Carolina Oliveira de Moraes

Matheus Medeiros e Melo

Júlio César Batista Santana

Kelly Cristine Lopes e Souza

João Luís Caldeira Breijão

Marco Aurélio de Sousa

Andressa Siuves Gonçalves Moreira

CONCEITO

A oximetria de pulso arterial permite monitorar a saturação parcial de oxigênio no sangue, sob forma contínua e não invasiva, ela expressa, indiretamente, a relação entre a oxihemoglobina e a soma das concentrações de oxi e deoxihemoglobina. A empregabilidade clínica da oximetria destina-se a paciente em risco de desenvolver hipoxemia ou para o manejo de doentes que recebem oxigenioterapia, nas mais diversas faixas etárias (neo, pediátrico ou adulto) tanto em Unidades Hospitalares como enfermarias e Portas de Urgência/Emergência, nos cuidados domiciliares e Unidades Móveis de Transportes a pacientes. A melhor forma de adaptação dos oxímetros são nas extremidades corpóreas, como nas digitais ou lóbulo da orelha. A qualidade na mensuração da saturação de oxigênio depende de fatores, como: no paciente, a perfusão periférica, a temperatura do membro que está adaptado, dedos com esmalte ou de fatores físicos do ambiente como a exposição a luz solar ou outras luzes artificiais. E como qualquer outra tecnologia usada nos Serviço para a Saúde, somente ser aplicada por profissional treinado a interpretá-lo, e assim como forma de auxílio da tomada de decisão terapêutica.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Oxímetro de pulso, marca ou modelo variados;

- Álcool 70%;

- Gaze ou algodão;

- Removedor de esmalte, caso necessário;

- Caneta e papeleta para anotação dos dados.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Organizar todo o material e aparelhos e direcionar-se ao paciente;

- Caso o paciente esteja com nível de consciência adequado, explicar o procedimento e como ele será realizado;

- Escolher o sensor adequado ao tamanho e local de adaptação, além da idade

do paciente;

- Prepara o local a ser utilizado para a aferição, e se necessário limpar o local e/ou remover esmalte, caso exista;

- Checar o local, acerca do enchimento capilar adequado a avaliação;

- Higienizar o local com álcool 70%;

- Posicionar o sensor no local;

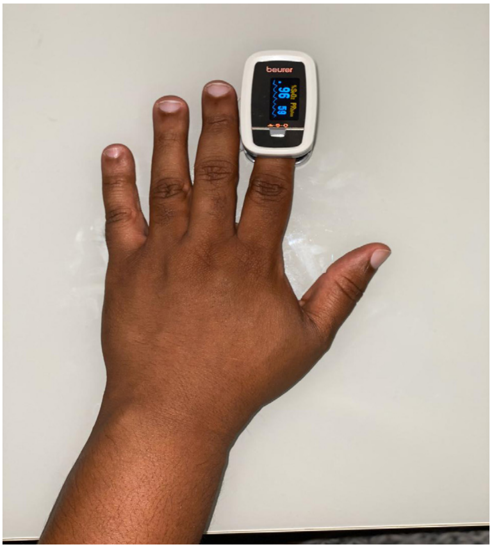
- Analisar a mensuração realizada e anotar no prontuário do paciente.

- Importante: realizar o rodízio dos locais, no caso de monitorização contínua.

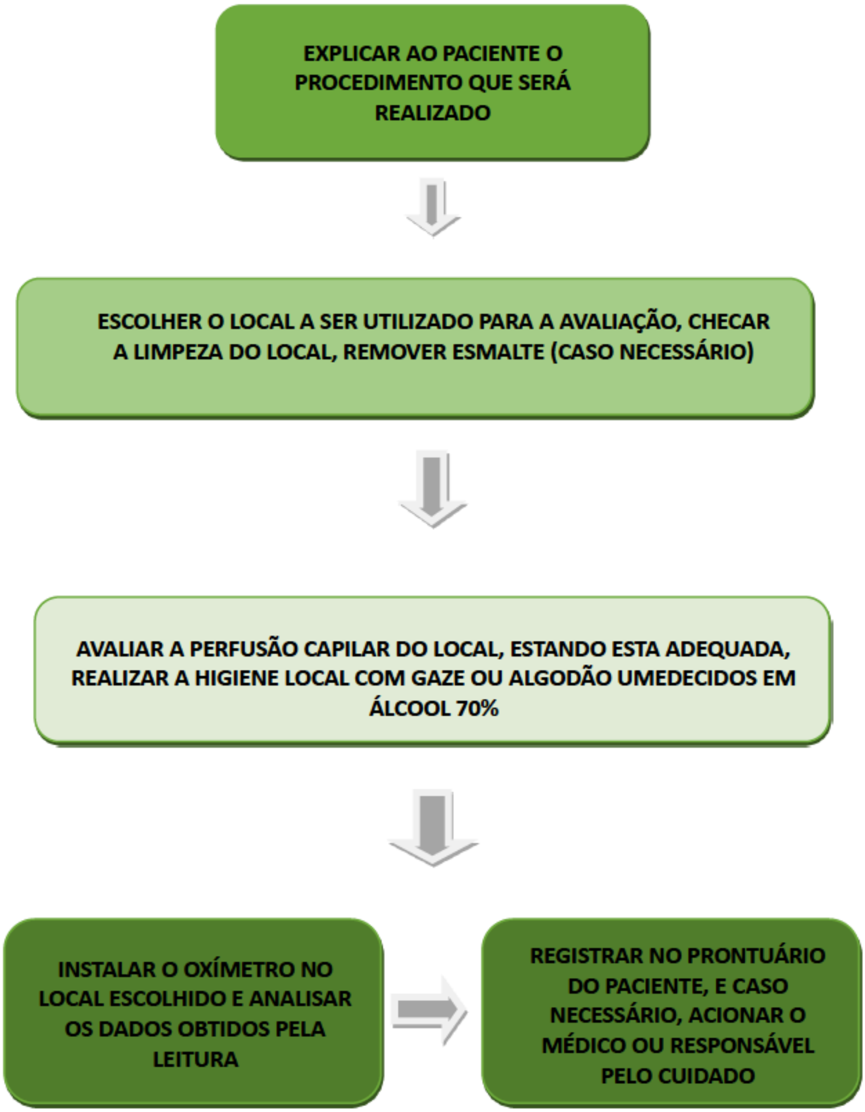
-Imagem 1 mostra um modelo de oxímetro pediátrico.

-Imagem 2 demonstra o modelo de oxímetro portátil adulto





FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

Conselho regional de Enfermagem de São Paulo, COREN-SP. **Oximetria de Pulso Arterial.** São Paulo, 22 de dezembro de 1999.

Disponível em: http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/oximetria%2022-12.pdf acesso em 15/06/2018.

NUNES, Wilma Aparecida.; TERZI, Renato Giuseppe Giovanni. **Oximetria de pulso na avaliação do transporte de oxigênio em pacientes críticos.** v. 7, n. 2, Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, 1999**.** p. 79-85.

CAPÍTULO 38

NEBULIZAÇÃO

Karla Rona da Silva

Camila Augusta dos Santos

Karinne Ferreira de Souza

Laydson Adrian Araújo

Leila de Fátima Santos

Andressa Siuves Gonçalves Moreira

CONCEITO

A nebulização consiste no método de administração direta de um medicamento pela via respiratória, desde a mucosa nasal até os alvéolos pulmonares. O método favorece a fluidificação de secreções no trato respiratório e o aumento da oferta de oxigênio. Os medicamentos utilizados por via respiratória podem ter efeito local como soluções que auxiliam no tratamento de doenças inflamatórias e infecciosas de vias aéreas superiores ou sistêmicos. Esta é uma via de absorção rápida de medicamentos. Os medicamentos administrados por via respiratória superior (inalação) necessitam da utilização de um inalador ou nebulizador.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Luvas de procedimento e óculos de proteção;

- Bandeja ou cuba-rim;

- Etiquetas de identificação;

- Medicamento de acordo com prescrição;

- Soro fisiológico 0,9%;

- Kit Nebulização (Máscara facial adulto ou pediátrico, extensão com conexão para oxigênio ou ar comprimido, recipiente dosador e cadarço para fixação);

- Fonte de oxigênio ou de Ar comprimido;

- Fluxômetro;

- Seringa para medir a dose (quando necessário);

- Toalhas ou lenços de papel (quando necessário);

Álcool a 70%;

- Algodão.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Ler com atenção a prescrição médica, conferir o paciente e os medicamentos que devem ser administrados por via respiratória;

- Avaliar a compatibilidade do medicamento com a via de administração;

- Garantir os nove certos (paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, orientação correta, forma certa e resposta certa).

- Verificar se existem informações a respeito de alergia do paciente aos

medicamentos prescritos;

- Preencher as etiquetas de identificação com informações do paciente e do medicamento;

- Realizar desinfecção da bandeja com álcool a 70%;

- Higienizar as mãos;

- Separar o medicamento, conferir nome, apresentação, dose necessária e data de validade;

- Colar a etiqueta de identificação do medicamento no recipiente dosador do nebulizador;

- Conferir o nome do paciente na prescrição médica, na etiqueta de identificação do medicamento e na pulseira de identificação do paciente;

- Perguntar o nome completo para o paciente ou acompanhante;

- Apresentar-se para o paciente com nome e categoria profissional;

- Orientar o paciente sobre a medicação que irá receber via nebulização;

- Verificar se o paciente está usando pulseira indicativa de alergia, caso ele esteja com a pulseira, confirmar se a alergia é do medicamento a ser administrado, caso positivo, não administrar e comunicar enfermeira e médico;

- Elevar a cabeceira do leito com angulação entre 30° e 45° (posição Fowler);

- Calçar as luvas de procedimento;

- Conectar a extensão com conector do nebulizador a fonte de O2 ou ar comprimido;

- Abrir válvula do fluxômetro aproximadamente 5 a 6 l/min;

- Observar o funcionamento do nebulizador pela névoa que se forma;

- Oferecer lenço/papel toalha ao paciente, caso necessário.

- Adaptar a máscara de nebulização no paciente, mantendo o recipiente dosador na posição vertical;

- Orientar o paciente a permanecer com a boca semiaberta, inspirando pelo nariz, expirando pela boca de forma lenta e profunda e a segurar o kit nebulizador, caso colaborativo;

- Caso ele não consiga segurar, fixar a máscara do nebulizador na face do paciente com cadarço;

- Manter a inalação durante o tempo indicado;

- Verifique se o paciente mantém a posição correta da cabeça e do nebulizador junto à face;

- Observar o término da medicação no recipiente dosador e desligá-lo após o término;

- Fechar a válvula do fluxômetro quando a névoa parar de sair;

- Deixar o paciente confortável;

- Retirar o material usado próximo ao leito e colocar na bandeja;

- Em caso de reuso, deixar o kit nebulizador protegido em embalagem plástica, com a descrição do nome do paciente;

- Trocar os dispositivos a cada 24 horas;

- Retirar as luvas, deixar na bandeja;

- Encaminhar os resíduos para o expurgo;

- Descartar os resíduos em recipiente adequado;

- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e fazer desinfecção com álcool a 70%;

- Higienizar as mãos;

- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica utilizada;

- Registrar em impresso próprio, as anotações de enfermagem informando horário, medicamento, dose, via de administração respiratória e intercorrências;

- Assinar e carimbar as anotações.

CUIDADOS

- Orientar o paciente a não conversar durante o procedimento para não comprometer a respiração;

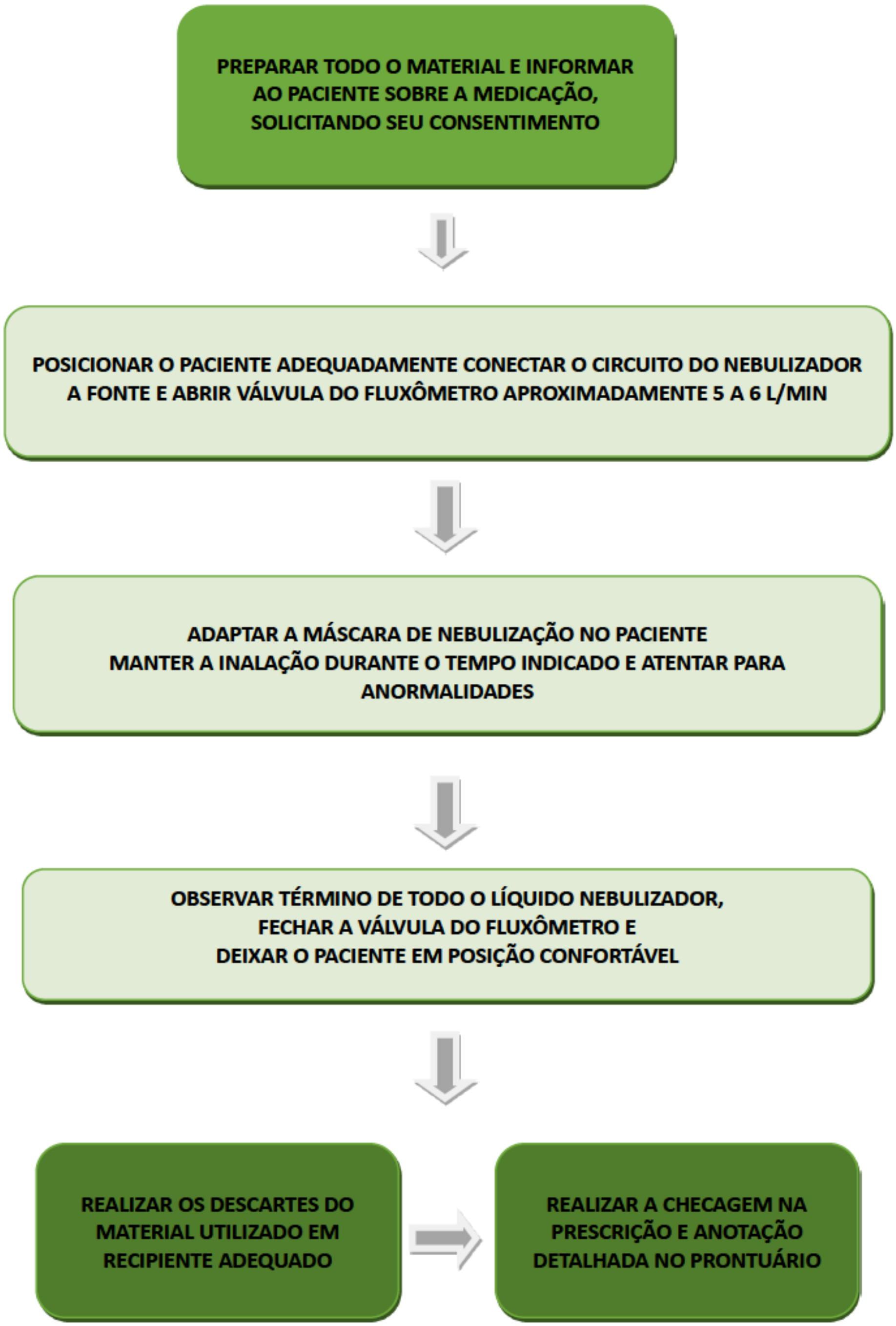
- Respirar usando mais o diafragma favorece na absorção do medicamento;

- Realizar nebulização em ar comprimido apenas em casos específicos ou quando o paciente já estiver utilizando o oxigênio;

- Observar possíveis alterações hemodinâmicas e/ou queixas do paciente durante realização do procedimento;

- Se presença de secreção de via aérea, anotar características da mesma.

FLUXOGRAMA


PREPARAR TODO O MATERIAL E INFORMAR AO PACIENTE SOBRE A MEDICAÇÃO, SOLICITANDO SEU CONSENTIMENTO
POSICIONAR O PACIENTE ADEQUADAMENTE CONECTAR O CIRCUITO DO NEBULIZADOR A FONTE E ABRIR VÁLVULA DO FLUXÔMETRO APROXIMADAMENTE 5 A 6 L/MIN
ADAPTAR A MÁSCARA DE NEBULIZAÇÃO NO PACIENTE
MANTER A INALAÇÃO DURANTE O TEMPO INDICADO E ATENTAR PARA ANORMALIDADES
OBSERVAR TÉRMINO DE TODO O LÍQUIDO NEBULIZADOR, FECHAR A VÁLVULA DO FLUXÔMETRO E DEIXAR O PACIENTE EM POSIÇÃO CONFORTÁVEL
REALIZAR OS DESCARTES DO MATERIAL UTILIZADO EM RECIPIENTE ADEQUADO
REALIZAR A CHECAGEM NA PRESCRIÇÃO E ANOTAÇÃO DETALHADA NO PRONTUÁRIO

ILUSTRAÇÃO





Imagem 1 - Material. Imagem 2 – Equipamento.

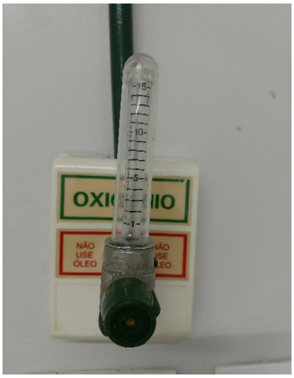




Imagem 3 - Equipamento. Imagem 4 - Administração.



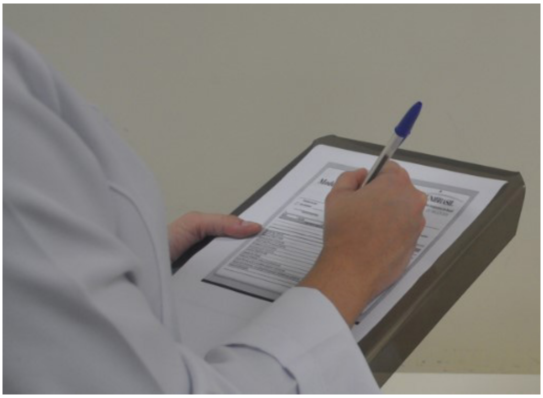


Imagem 5 - Descarte. Imagem 6 – Anotação no Prontuário.

Fotos: Assessoria de Comunicação da Escola de Enfermagem da UFMG, 2018

REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio, [et al] **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. 2ª edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2017. 424p

KAWAMOTO, Emilia Emi; FORTES, Júlia Ikeda. **Fundamentos de enfermagem**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 264p.

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko Ainda, OHNISHI, Mitsuko. **Técnicas Fundamentais De Enfermagem** - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

NETTINA, S. M. **Práticas de Enfermagem**. 10° edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2015. 1854p.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). **Blackbook Enfermagem.** 1ed.Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1

PERRY, A. G.; POTTER, P. A.; ELKIN. M. K. **Procedimentos e Intervenções de Enfermagem**. 5ª edição. Editora: Elsevier, Rio de Janeiro. 2013. 757p.

ROSIN, Ana Claudia. **Farmacologia.** 1ª edição. Editora: SESES Estácio, Rio de Janeiro, 2015. 146p.

SANTANA, J.C.B, DUTRA, B.S, PEREIRA, HO, SILVA, E.A.M. SILVA, D. C. M. **PROCEDIMENTOS BÁSICOS E ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM: fundamentos para a prática.** Editora: AB Editora. Goiânia. 2011. 328 p.

SANTANA, Júlio César Batista; MELO, C. L. (Org.); DUTRA, Bianca Santana (Org.). **MONITORIZAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA: fundamentação para o cuidado.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. v. 1. 384p.

SANTANA, Júlio Cesar Batista (Org.); DUTRA, Bianca Santana, (Org.); MELO, Clayton Lima (Org.) **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: procedimentos básicos e especializados.** 1. ed. Curitiba: Editora CRV 2018. 726p.

VOLPATO, Andrea Cristine Bersane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

CAPÍTULO 39

ASPIRAÇÃO DAS VIAS AÉREAS

Marco Aurélio de Sousa

Júlio César Batista Santana

Andressa Siuves Gonçalves Moreira

Mariane da Costa Moura

Mariana de Vasconcelos Silva Rocha

CONCEITO

Amplamente utilizado em pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), intubados ou traqueostomizados sob o uso de ventilação mecânica ou não, ou em pacientes internados em clínicas hospitalares que não conseguem expelir voluntariamente as secreções pulmonares.

A presença de um tubo artificial impede o paciente de tossir, que é o mecanismo normal de limpeza das vias aéreas, aumentando a produção de secreções devida à presença de um objeto estranho.

Portanto, a higiene brônquica, torna-se extremamente importante para a remoção de secreções e manutenção da permeabilidade das vias aéreas.

A aspiração traqueal é um procedimento invasivo, desse modo, requer técnica asséptica para sua realização. Esse procedimento tem como objetivos: favorecer a melhora da permeabilidade das vias aéreas e melhorar a ventilação pulmonar através da remoção de secreções traqueobrônquicas e orofaríngea; promover a toalete brônquica; manter vias aéreas pérvias; e, otimizar uma boa ventilação.

A aspiração pode ser classificada em três tipos diferentes: nasotraqueal, que pode ser entendida como a introdução da sonda pela narina para atingir a laringe; orotraqueal, quando se é introduzida uma sonda na cavidade oral e na cavidade traqueal por meio do tubo orotraqueal; e, na aspiração endotraqueal, a sonda é introduzida por meio do tubo endotraqueal ou traqueostomia.

Independente de qual tipo de aspiração for realizada, é necessário se atentar para os riscos que esse procedimento apresenta, assim como a gravidade do paciente.

De acordo com a resolução 557/2017 do Conselho Federal de Enfermagem, que normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de aspiração de vias aéreas define em seus artigos 2 ao 5 sobre a participação de profissionais de enfermagem nessa técnica (COFEN, 2017, p.97):

Art. 2º Os pacientes graves, submetidos a intubação orotraqueal ou traqueostomia, em unidades de emergência, de internação intensiva, semi intensivas ou intermediárias, ou demais unidades da assistência, deverão ter suas vias aéreas privativamente aspiradas por

profissional Enfermeiro, conforme dispõe a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem.

Art. 3º Os pacientes atendidos em Unidades de Emergência, Salas de Estabilização de Emergência, ou demais unidades da assistência, considerados graves, mesmo que não estando em respiração artificial, deverão ser aspirados pelo profissional Enfermeiro, exceto em situação de emergência, conforme dispõe a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem e Código de Ética do Profissional de Enfermagem – CEPE.

Art. 4º Os pacientes em unidades de repouso/observação, unidades de internação e em atendimento domiciliar, considerados não graves, poderão ter esse procedimento realizado por Técnico de Enfermagem, desde que avaliado e prescrito pelo Enfermeiro, como parte integrante do Processo de Enfermagem.

Art. 5º Os pacientes crônicos, em uso de traqueostomia de longa permanência ou definitiva em ambiente hospitalar, de forma ambulatorial ou atendimento domiciliar, poderão ter suas vias aéreas aspirada pelo Técnico de Enfermagem, desde que devidamente avaliado e prescrito pelo Enfermeiro, como parte integrante do Processo de Enfermagem.

A partir dessa resolução os profissionais de enfermagem tem o resguardo legal para realização da aspiração traqueal, necessitando se atentar para a qualificação profissional e os níveis de atendimento em saúde.

Para realizar essa técnica o profissional de enfermagem ainda deve se atentar para os dois tipos de sistema de aspiração, o aberto e o fechado. O sistema de aspiração aberto é o mais comum, onde a sonda de aspiração de calibre adequado é conectada na fonte de vácuo e a outra extremidade é introduzida na via aérea do paciente; já no sistema de aspiração fechado é utilizado um cateter múltiplo, o que permite realizar o procedimento sem retirar o paciente da ventilação mecânica.

O profissional de enfermagem também deve se atentar para as diversas são as indicações para realização dessa técnica, entre elas:

- Presença de sons adventícios à ausculta pulmonar;
- Sons ou movimentações audíveis de secreções;
- Suspeita de broncoaspiração gástrica ou de via aérea superior;
- Secreção visível no tubo orotraqueal ou cânula de traqueostomia;
- Crise súbita de insuficiência respiratória, quando a permeabilidade da via aérea é questionada;
- Queda da saturação de oxigênio, alteração do padrão respiratório;
- Aumento do pico de pressão na ventilação mecânica.

Entretanto, essa técnica possui alguns riscos e complicações que devem ser levadas em consideração, sendo elas:

- Hipoxemia/ desaturação;

- Arritmias cardíacas;

- Broncoespasmo;

- Traumatismo da mucosa traqueal;

- Alteração da Pa CO2;

- Hipertensão arterial;

- Aumento da pressão intracraniana (APIC);

- Ansiedade;

- Infecções.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Bandeja inox média;

- EPIs (Luvas estéreis ou uma luva estéril e luvas de procedimento, máscara convencional, óculos protetor, capote exclusivo);

- Sonda aspira (nº 12 ou 14) ou sonda uretral (nº 12 ou 14);

- Extensão de Látex para a aspiração;

- Pacote de gazes;

- Ressuscitador manual (AMBU), conectado a fonte de oxigênio;

- Aspirador portátil ou de parede;

- Estetoscópio;

- SF0,9% frasco de 10ml;

- Seringa de 5 ml;

• Biombo.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Preparar todo o material necessário;

- Lavar as mãos;

- Colocar os EPIs;

- Adaptar o látex no aspirador e na sonda de aspiração deixando-a protegida na embalagem preservando a sua esterilidade;

- Monitorar a oximetria de pulso;

- Hiperoxigene o paciente antes do procedimento e o reoxigene a cada nova aspiração;

- Calçar luvas de procedimento e a luva estéril na mão dominante;

- Introduzir a sonda com a mão dominante (estéril) no orifício interno da cânula;

- Realizar a sucção após a inserção da sonda;

- Proceder à aspiração girando a sonda com movimentos circulares durante em torno de 10 segundos;

- Repetir o procedimento de aspiração se necessário;

- Se o paciente apresentar cianose de extremidade, tosse ou agitação, conectar fonte de oxigênio deixando-o descansar até que esteja favorável para repetir o procedimento novamente ou se necessário;

- Lavar a sonda de aspiração com Soro Fisiológico (SF 0,9%) ou Água Bi-destilada (ABD);

- A sequência da aspiração deve ser: primeiro a aspiração endotraqueal (tubo ou traqueostomia), em segundo lugar a aspiração nasofaríngea e posteriormente a orofaríngea, porém sempre limpando a sonda com gaze estéril da parte proximal para a distal sem contaminar;

- Retirar as luvas e desprezar a sonda sem contaminar;

- Lavar as mãos após a realização do procedimento;

- Proceder as anotações no prontuário.

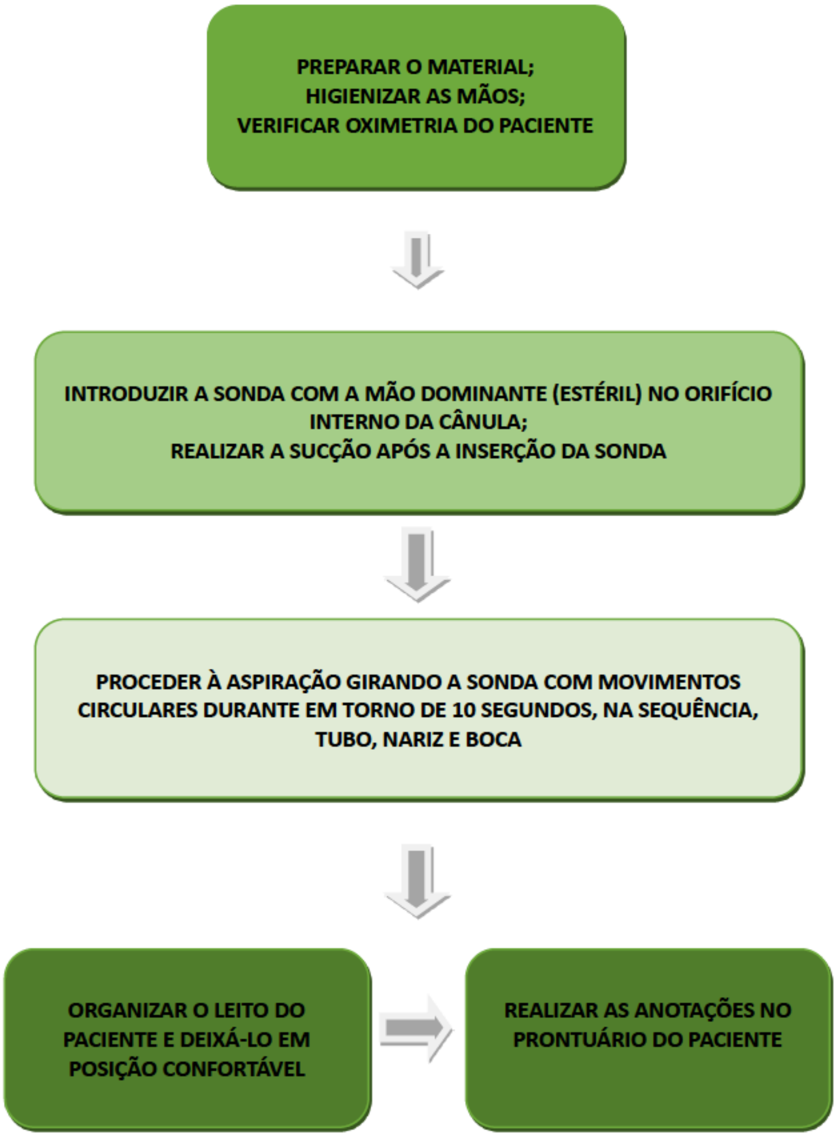








FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 557/2017**. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de Aspiração de Vias Aéreas. Diário Oficial da União. Brasília, 15 set. 2017, n.171, p.97.

MARTINS, R.; et al. Aspiração traqueal: a técnica e suas indicações. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v.43, n.1, p.90-96, jan./mar. 2014.

OLIVEIRA, R.G. (Org.). **Blackbook Enfermagem**. 1ed.Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1

SANTANA, J.C.B (Org.); DUTRA, B.S. (Org.); PEREIRA, HO (Org.); SILVA, E.A.M. (Org.); SILVA, D.C.M. (Org.). **Procedimentos básicos e especializados de Enfermagem**: Fundamentos para a prática. 1. ed. Goiânia: AB Editora, 2011. v. 1. 328p.

SANTANA, J.C.B (Org.); DUTRA, B.S. (Org.); MELO, C.L. (Org.) **Atendimento pré-hospitalar**: Procedimentos básicos e especializados. 1. ed. Curitiba: Editora CRV 2018.

CAPÍTULO 40

PREPARO DO CORPO APÓS A MORTE

Matheus Medeiros e Melo

Júlio César Batista Santana

Drielly Letícya Santos

Marco Aurélio de Sousa

Andressa Siuves Gonçalves Moreira

Mariane da Costa Moura

Mariana de Vasconcelos Silva Rocha

CONCEITO

Através dos tempos os conceitos da morte e os critérios para a determinar evoluíram, sobretudo a partir da segunda metade do século XX. No início, era observando se um indivíduo respirava ou não que se determinava se estava vivo ou morto. Depois, com o aparecimento do estetoscópio, a existência ou não de batimentos cardíacos passou a ser determinante. Com a invenção da reanimação cardio-pulmonar e da ventilação mecânica e o início da transplantação de órgãos, a morte passou a ser determinada pela perda das funções cerebrais totais ou do tronco cerebral. Alguns filósofos e eticistas consideram ainda que deve ser pela perda irreversível das funções cerebrais superiores, as que fazem de nós pessoas, que se determina a morte (Segundo publicação do livro nascer e crescer de 2007).

Sendo assim, após esse percurso natural do processo de vivência são necessárias algumas ações como por exemplo os cuidados dispensados com o corpo após a constatação médica do óbito.

Este material descreverá como deverá ser o preparo do corpo após a morte, ressaltamos a importância do respeito em tal procedimento.

FINALIDADE

- Remover os dispositivos.
- Limpar e identificar o corpo.
- Tamponar o corpo para evitar saída de odores e secreção.
- Dispor o corpo em posição adequada para o sepultamento, antes da rigidez cadavérica (Rigor Mortis).

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

- Enfermeiro
- Técnico de Enfermagem
- Acadêmicos de enfermagem sob a supervisão do professor ou do enfermeiro.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Equipamentos de Proteção Individual - EPI - (máscara cirúrgica, óculos protetor, avental e luvas de procedimento)

- Biombo
- Bandeja
- Sistema de aspiração
- Pinça longa (Cheron)
- Tesoura ou bisturi, se necessário
- Aspirador e sonda de aspiração
- Algodão e/ou gaze não esterilizada
- 03 Ataduras de crepom de 10 ou 20 cm
- Fita adesiva/esparadrapo com os dados de identificação do cliente (nome completo, registro geral, data de nascimento, data e horário do óbito, setor e número do leito, nome do responsável pelos cuidados)
- Compressa para banho, se necessário
- Bacia com água, se necessário
- Papel toalha, se necessário
- Sabonete líquido, se necessário
- Recipiente para o descarte dos materiais
- 02 lençóis
- Hamper
- Prótese dentária, se houver
- Maca sem colchão
- Materiais para desinfecção terminal do leito

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Confirmar a constatação do óbito assinada pelo Médico;
- Colocar os equipamentos de proteção individual;
- Desligar todos os equipamentos;
- Retirar dispositivo de assistência (sondas, drenos e cateteres desprezando no saco plástico);
- Higienizar as mãos;
- Retirar a roupa, joias do paciente e colocar em um saco plástico identificado (encaminhar aos familiares);
- Colocar o biombo se necessário;
- Fechar os olhos do cliente, pressionando as pálpebras. Caso não seja possível,

fixá-las com tiras de fitas adesivas;

- Fazer curativo oclusivo nos sítios de inserção de dispositivos que estiverem drenando secreções, utilizando gazes e fita adesiva, se necessário;

- Aspirar secreções da naso e orofaringe, se necessário;

- Colocar ou reposicionar a prótese dentária, se houver;

- Tamponar os orifícios naturais do corpo (narinas, ouvidos, regiões orofaríngea, vaginal e anal) com algodão seco, por meio de uma pinça longa, de tal maneira que não apareça o algodão;

- Reunir todos os materiais necessários para a higienização do corpo;

- Realizar a higiene do corpo com compressa úmida com água e sabonete líquido na presença de sangue, secreções e outras sujidades;

- Soltar os lençóis da cama e retirar o travesseiro.

- Remover os lençóis sujos e molhados, desprezando-os no hamper;

- Colocar a roupa (questionar antes à família sobre a roupa que gostariam de vestir);

- Sustentar a mandíbula com atadura de crepom amarrando-o no alto da cabeça;

- Unir as mãos sobre a região epigástrica e fixá-las com atadura crepom;

- Unir os pés e fixá-los com atadura crepom;

- Fixar a fita adesiva com os dados de identificação na testa do paciente em posição invertida (Para facilitar a leitura). Não retirar a pulseira de identificação;

- Colocar um lençol limpo sob o corpo, utilizando-o para passar o corpo da cama para maca, e outro sobre o paciente;

- Dobrar o lençol sobre o corpo, fixando com fita adesiva;

- Retirar os EPI;

- Higienizar as mãos;

- Encaminhar o corpo ao local de destino (Serviço de Patologia/ Necropsia, Necrotério), após comunicação prévia;

- Retornar com a maca ao setor e realizar a sua limpeza e desinfecção terminal;

- Reunir e empacotar os pertences do cliente, para entregá-los à família, posteriormente.

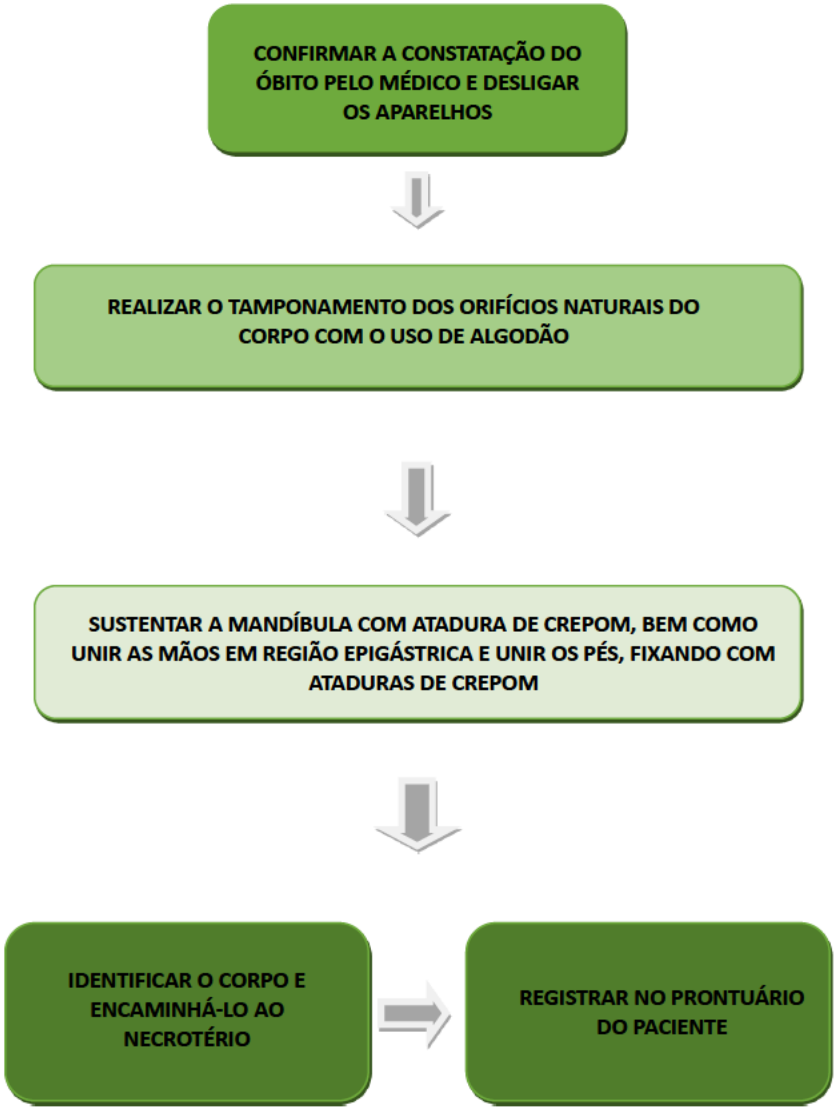
- Recolher os materiais e dar destino adequado, encaminhando os descartáveis ao expurgo.

- Fazer anotações e evolução de Enfermagem, deverá conter: data e horário do óbito, nome do médico que constatou o óbito, descrição dos cuidados realizados, horário da transferência ao Serviço de Patologia/Necropsia, identificação da pessoa que recebeu

os pertences, intercorrências e outros achados importantes.

FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko Ainda, OHNISHI, Mitsuko. **Técnicas Fundamentais De Enfermagem** - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

NETTINA, S. M. **Práticas de Enfermagem**. 10° edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2015. 1854p.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). **Blackbook Enfermagem.** 1ed.Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1

SANTANA, J.C.B, DUTRA, B.S, PEREIRA, HO, SILVA, E.A.M. SILVA, D. C. M. **PROCEDIMENTOS BÁSICOS E ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM: fundamentos para a prática.** Editora: AB Editora. Goiânia. 2011. 328 p.

SANTANA, Júlio César Batista; MELO, C. L. (Org.); DUTRA, Bianca Santana (Org.). **MONITORIZAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA: fundamentação para o cuidado.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. v. 1. 384p.

SANTANA, Júlio Cesar Batista (Org.); DUTRA, Bianca Santana, (Org.); MELO, Clayton Lima (Org.) **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: procedimentos básicos e especializados.** 1. ed. Curitiba: Editora CRV 2018. 726p.

VOLPATO, Andrea Cristine Bersane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

NURSING INTERVENTIONS CLASSIFICATION (NIC) **Classificação das Intervenções de Enfermagem** (NIC). 6° edição Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION (NOC). **Classificação dos Resultados de Enfermagem**. 5° edição Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnóstico de enfermagem: definições e classificação 2015-2017**/ NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. - Porto Alegre: Artmed, 2015.

CAPÍTULO 41

TERMINOLOGIA TÉCNICA

Matheus Medeiros e Melo

Júlio César Batista Santana

Drielly Letícya Santos

Andressa Siuves Gonçalves Moreira

CONCEITO

Terminologia técnica é o emprego de termos técnicos em áreas específicas, aqui, ressaltamos o uso destes termos na área de enfermagem. É de suma importância o uso destes termos na comunicação dos profissionais capacitados no exercício da profissão para facilitar a continuidade da assistência prestada, além de tornarem a comunicação mais profissional e eficaz.

Ressalto que temos que tomar cuidado ao empregar estes termos, temos que lembrar que alguns pacientes não têm conhecimento à cerca do assunto e que as vezes isso pode dificultar o diálogo entre os locutores.

DESCRIÇÃO DOS TERMOS TÉCNICOS

Termos técnicos relacionados à pressão arterial (PA) – mmHg (milímetros de mercúrio)

- PA normal: normotenso
- PA baixa: hipotensão arterial
- PA alta: hipertensão arterial
- PA zero ou muito baixa: chocado
- PAS: Pressão arterial sistólica
- PAD: Pressão arterial diastólica
- PAS próxima da PAD: convergente
- PAS distante da PAD: divergente

Termos técnicos relacionados ao pulso (P) - BPM (batimentos por minuto)

- P normal: normocárdico ou eucárdico
- P lento: bradicárdico
- P acelerado: taquicárdico
- P com ritmo regular: rítmico
- P com ritmo irregular: arrítmico
- P acelerado e com ritmo irregular: taquiarrítmico
- P lento e com ritmo irregular: bradiarrítmico
- Parada dos batimentos: assistolia
- Pulso com amplitude fina: filiforme

Termos técnicos relacionados à respiração (R) - IRPM (incursões respiratórias por minuto)

- R normal: eupneia
- R lenta: bradipneia
- R acelerada: taquipneia
- R com dificuldade: dispneia
- R acelerada e com dificuldade:

taquidispneia

- R em que o paciente só consegue tolerar em posição ortostática: ortopneia
- Parada respiratória: apneia
- R de Kussmaul: semelhante à respiração de um cachorro ofegante
- R agônica: padrão respiratório de um paciente em fase terminal (suspiros)
- R Cheyne Stokes: período de taquipneia seguido de apneia. Característica de pacientes com disfunção neurológica.

Termos técnicos relacionados à temperatura (T)

- T baixa: hipotermia (ex.: 35° C)
- T normal: eutérmico ou normotérmico (ex.: 36.5°)
- T pouco elevada: estado febril ou febrícula (ex.: 37.5° C)
- T elevada: pirexia (ex.: 38° C)
- T muito elevada: hiperpirexia (ex.: 40° C)

Termos técnicos relacionados à diurese

- Albumina na urina: albuminúria
- Ausência na formação de urina: anúria
- Diurese com coloração de Coca-Cola, escura: colúria
- Dificuldade para urinar: disúria
- Diurese com sangue: hematúria
- Diurese apresentando secreção com aspecto de areia e depósitos: diurese com grumos
- Diurese com pus: piúria
- Diurese em grande volume: poliúria
- Diurese em baixo volume: oligúria
- Diurese involuntária: enurese ou incontinência
- Diurese noturna: nictúria
- Dor ao urinar: algúria
- Glicose na urina: glicosúria
- Pequenas micções frequentes: polaciúria
- Proteína na urina: proteinúria

Termos técnicos relacionados às hemorragias

- Enterorragia/hematoquesia: sangramento do intestino, coloração mais viva

- Epistaxe/rinorragia: sangramento nasal
- Hematêmese: vômito com sangue
- Hematúria: diurese com sangue
- Hemoptise: escarro com sangue
- Hemostasia: estancamento de uma hemorragia
- Melena: fezes escuras, tipo borra de café, que sofreram a ação do suco gástrico.
- Metrorragia: sangramento vaginal
- Otorragia: sangramento do ouvido

Termos técnicos relacionados à coloração da pele

- Acianótica: ausência de cianose
- Anictérica: ausência da cor amarela na pele
- Cianose: coloração azulada da pele, significa comprometimento da circulação e da oxigenação
- Descorado: pele muito pálida (indicativo de hemorragias)
- Faioldérmico: indivíduo de cor morena
- Hiperemia: pele avermelhada
- Hipocorado: pele pálida
- Icterícia: coloração amarela da pele
- Leucodérmico: indivíduo de cor clara
- Melanodérmico: indivíduo de cor negra
- Normocorado: coloração normal da pele
- Petéquias: pontos puntiformes na pele de coloração roxa.

Termos técnicos relacionados às cirurgias

- Adenoitectomia: retirada das adenoides
- Amigdalectomia: retirada das amígdalas
- Apendicectomia: retirada do apêndice
- Colecistectomia: retirada da vesícula biliar
- Colectomia: retirada do intestino
- Craniotomia: abertura do crânio
- CRVM: cirurgia de revascularização do miocárdio
- CVL: cirurgia videolaparoscópica
- Esofagectomia: retirada do esôfago

- Esplenectomia: retirada do baço
- Hemorroidectomia: retirada da hemorroida
- Histerectomia: retirada do útero
- Laparotomia: abertura do abdome
- Mastectomia: retirada da mama
- Nefrectomia: retirada dos rins
- Ooforectomia: retirada do ovário
- Prostatectomia: retirada da próstata
- Safenectomia: retirada da veia safena
- Salpingectomia: retirada das tubas uterinas
- Tireoidectomia: retirada da glândula tireoide
- Varizectomia: retirada das varizes

Termos técnicos relacionados aos exames

- BAL: lavado broncoalveolar
- Broncoscopia: exame que visualiza os brônquios
- Colonoscopia: exame que visualiza o cólon
- Coprocultura: cultura das fezes
- EDA: Endoscopia Digestiva Alta
- Enema opaco: radiografia contrastada do intestino
- Esofagogastroduodenoscopia: visualiza o esôfago, o estômago e o duodeno
- Hemocultura: cultura do sangue
- Rx: Raio x
- REED: radiografia contrastada do esôfago, do estômago e do duodeno
- Retossigmoidoscopia: exame que visualiza o reto e o sigmoide
- TC: tomografia computadorizada
- Urocultura: cultura da urina
- Urografia excretora: radiografia contrastada do sistema renal

Termos técnicos relacionados às pupilas

- Anisocóricas: pupilas de tamanhos diferentes
- Isocóricas: pupilas iguais, do mesmo tamanho
- Midriáticas: pupilas dilatadas, grandes
- Mióticas: pupilas pequenas, puntiformes

- Pupilas isocóricas e fotorreativas ou isofoto: iguais que contraem na incidência da luz

Termos técnicos relacionados às alterações de exames e outros

- Acidose: diminuição do pH
- Alcalose: aumento do pH
- Hipercalcemia: aumento do cálcio (Ca)
- Hipernatremia: aumento de sódio (Na)
- Hiperpotassemia ou hipercalemia: aumento do nível de potássio
- Hipocalcemia: diminuição do cálcio
- Hipomagnesemia: diminuição do magnésio
- Hiponatremia: diminuição do sódio
- Hipopotassemia ou hipocalemia: diminuição do nível de potássio
- Leucocitose: aumento dos leucócitos
- Leucopenia: diminuição dos leucócitos

Miscelânea

- Atonia: ausência do tônus muscular
- Afagia: perda da capacidade de deglutição
- Afasia: perda da fala
- Agitação: indivíduo com alterações de comportamento, apresentando movimentos ativos
- Alopecia: queda dos cabelos
- Amnésia: perda temporária da consciência
- Anamnese: história do cliente
- Anastomose: comunicação
- Anencefalia: ausência de encéfalo
- Anorexia: ausência do apetite
- Anosmia: ausência do olfato
- Apático: manifesta pouco, fica parado, quieto
- Aspersão: banho de chuveiro
- Assimetria: irregular, com formas diferentes
- Ataxia: incapacidade de controlar os movimentos musculares
- Atelectasia: colabamento dos alvéolos pulmonares

- Aterexis: tremores de extremidades, fasciculações

- Cardiomegalia: aumento do coração

- Cefaleia: dor de cabeça

- Claudicar: mancar

- Coma: é um estado de inconsciência em que o paciente deixa de ter noção acerca de si próprio ou do meio que o circunda

- Concussão cerebral: perda temporária da função neurológica, a qual resulta de uma recuperação completa, sem deixar *déficits* neurológicos

- Confuso: indivíduo que se encontra desorientado no tempo e no espaço

- Consciência: estado de alerta

- Contusão cerebral: lesão mais severa, na qual o cérebro sofre lesões, deixando *déficits* neurológicos

- Convulsões: são episódios de atividade anormal de natureza motora, sensorial, autonômica ou psíquica (ou em combinação desta) como consequência de súbita e excessiva descarga de neurônios

- Decorticação: hiperextensão dos membros inferiores e flexão dos membros superiores

- Delírio: desorientação, desconexão com a realidade

- Descerebração: hiperextensão dos membros inferiores e superiores

- Diplopia: visão dupla

- Disartria: dificuldade na formação de palavras ou articular palavras

- Disfagia: dificuldade de deglutição

- Disfasia: dificuldade na fala

- Dislalia: linguagem com expressão confusa

- Dispareunia: dor durante o ato sexual

- ECGL: escala de coma de Glasgow. Sua pontuação vai de 3 a 15 pontos

- Êmese: vômito

- Empiema: acúmulo de pus na cavidade pleural

- Endoftalmia: olhos para dentro

- Epigastralgia: dor epigástrica

- Espasticidade: aumento do tônus muscular

- Esplenomegalia: aumento do baço

- Estenose: estreitamento

- Exerese: retirada

- Exoftalmia: olhos para fora

- Fala conexa: fala com sentido

- Fala desconexa: fala sem sentido com a realidade

- Fecaloma: fezes endurecidas

- Fezes esteatorreicas: fezes com gorduras, acinzentadas

- Flatulência: acúmulo de gases

- Flatus: gases

- Flebotomia: abertura da veia

- Fotofobia: medo da luz

- Ginecomastia: aumento das mamas masculinas

- Halitose: mau hálito

- Hematoma: extravasamento de sangue para o tecido

- Hemiparesia: diminuição da movimentação de um lado do segmento do corpo

- Hemiplegia: paralisação de um lado do segmento do corpo

- Hemotórax: hemorragia do pulmão

- Hepatomegalia: aumento do fígado

- Hidrocefalia: acúmulo de líquido na cabeça

- Hidrocele: acúmulo de líquido na bolsa escrotal

- Hígido: pessoa normal, sem doenças anteriores

- Hiperosmia: aumento do olfato

- Hipertonia: aumento do tônus muscular

- Hipoacusia: diminuição da acuidade auditiva

- Hipoativo: reage pouco aos estímulos

- Hiporexia: diminuição do apetite

- Hiporosmia: diminuição do olfato

- Hipotonia: diminuição do tônus muscular

- Inapetência: ausência do apetite

- Inconsciência: é uma condição em que existe uma depressão da função cerebral, oscilando entre o torpor (mais leve) e o coma (mais profundo)

- Isquemia: diminuição da vitalidade de um tecido, consequente a uma diminuição do fluxo de oxigênio para o local afetado

- Letargia: reação lenta aos estímulos

- Leucorréia: secreção vaginal

- Lombalgia: dor lombar

- Lucidez: grau de consciência em que o indivíduo se encontra orientado no tempo e no espaço

- Megacólon: aumento do intestino

- Megaesôfago: aumento do esôfago

- Megalia: aumento

- Nistagmo: oscilação delicada dos olhos

- Obnubilado: grau de prostração com reação confusa

- Oligofrenia: retardamento

- Opistótono: contrações em espasmos da coluna vertebral e membros, características do tétano

- Orquite: inflamação dos testículos

- Otorréia: secreção do ouvido

- Paracêntese: drenagem do abdômen

- Paraplegia: paralisação dos membros inferiores (cintura para baixo)

- Parestesia: diminuição da sensibilidade

- Pediculose: piolhos

- Peristaltismo: movimentos do trânsito digestivo e intestinal

- Plegia: paralisação

- Pneumotórax: perfuração do pulmão

- Polidaquitília: mais de cinco dedos

- Polidipsia: sede excessiva

- Polifagia: alimentação excessiva

- Precordialgia: dor na região do tórax (coração)

- Priapismo: endurecimento involuntário do pênis

- Prolapso: mudança de lugar de um órgão

- Prostração: indivíduo muito sonolento, mas que reage aos estímulos

- Prótese: artigo artificial, substitui alguma estrutura do corpo

- Prurido: coceira

- Ptose: queda de algum órgão ou estrutura

- Quemose: extravasamento de líquido para as pálpebras, característico de hiper-hidratação

- Rafia: sutura

- Reflexo: resposta automática a um estímulo

- Reflexo corneano: reflexo verificado com um estímulo na córnea e como resposta ocorre o piscar dos olhos

- Simetria: regulado com a mesma forma de ambos os lados

- Síncope/lipotímio: sensação de desmaio

- Sudorese: transpiração

- Tetraplegia: paralisação dos quatro membros

- Toracocêntese: drenagem do tórax

- Torporoso: o paciente exibe alguma reação a estímulos desagradáveis e pode tentar se defender, emitir sons ou gemidos ou responder com uma expressão facial

- Trisma: endurecimento do maxilar e da mandíbula, com ranger dos dentes

- Urticária: reação da pele com algumas manchas avermelhadas

REFERÊNCIAS

MUSSI, Nair Miyamoto, UTYAMA, Iwa Keiko Ainda, OHNISHI, Mitsuko. **Técnicas Fundamentais De Enfermagem** - 3ª edição. Editora Atheneu. São Paulo. 2016. 374p.

NETTINA, S. M. **Práticas de Enfermagem**. 10° edição. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2015. 1854p.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. (Org.). **Blackbook Enfermagem.** 1ed.Belo Horizonte: Black Book Editora, 2016, v. 1

SANTANA, J.C.B, DUTRA, B.S, PEREIRA, HO, SILVA, E.A.M. SILVA, D. C. M. **PROCEDIMENTOS BÁSICOS E ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM: fundamentos para a prática.** Editora: AB Editora. Goiânia. 2011. 328 p.

SANTANA, Júlio César Batista; MELO, C. L. (Org.); DUTRA, Bianca Santana (Org.). **MONITORIZAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA: fundamentação para o cuidado.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. v. 1. 384p.

SANTANA, Júlio Cesar Batista (Org.); DUTRA, Bianca Santana, (Org.); MELO, Clayton Lima (Org.) **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: procedimentos básicos e especializados.** 1. ed. Curitiba: Editora CRV 2018. 726p.

VOLPATO, Andrea Cristine Bersane; PASSOS, Vanda Cristina dos Santos. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 4ª edição. Editora: Martinari, São Paulo. 2015. 479p.

SOBRE OS ORGANIZADORES

JÚLIO CÉSAR BATISTA SANTANA - Doutor em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo - São Paulo (2014); Mestrado em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo -São Paulo (2007); Especialização em Enfermagem em UTI (2001) ; Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (1996) . Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem da PUC/Minas Campus Coração Eucarístico e Chefe do Departamento de Enfermagem, Professor Adjunto da PUC Minas, Prof. do Centro Universitário UNIFEMM - Sete Lagoas , coordenador dos cursos de Pós-Graduação Lato Sensu da / PUC Minas: Enfermagem em UTI adulto, Enfermagem em UTI Neonatal e Pediátrica, Enfermagem em Urgência, MBA Gestão de Saúde, Cuidados Paliativos e Terapia da Dor, Foi Enfermeiro do Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa (NEPP) do SAMU - Sete Lagoas: Tutor do Suporte Básico e Avançado de Vida do SAMU no ano de 2004 até junho 2018. Atua principalmente nos seguintes temas: Bioética, unidade de terapia intensiva, atendimento pré-hospitalar, enfermagem, cuidado, emergência, equipe de enfermagem e saúde da família, Editor Adjunto da Enfermagem Revista PUC Minas, Líder do Grupo de Pesquisa: Núcleo de Pesquisa em Enfermagem e Saúde (NUPES) da PUC/ Minas. Autor de 6 livros: Procedimentos básicos de enfermagem, AB Editora Goiás, 2011; Monitorização Invasiva e não invasiva: fundamentação para o cuidado, Atheneu Editora RJ 2013; Conflitos éticos na área da saúde: como lidar com esta situação, 2012, Editora Iátria São Paulo; Práticas de Extensão da PUC Minas na APAC Santa Luzia: Histórias que transformam, Editora PUC/ Minas, 2017; Atendimento Pré-Hospitalar: procedimentos básicos e especializados, 2018, CRV Editora; Cuidados Paliativos: uma reflexão Bioética, 2019, CRV Editora. Líder do Grupo de Pesquisa: Núcleo de Pesquisa em Enfermagem e Saúde (NUPES) da PUC MINAS. Colaborador no Livro BLACKBOOK ENFERMAGEM, 2016. Fundador da ONG - Instituto Professor e Enfermeiro Júlio Santana em 07/2019. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0546-6048

BIANCA SANTANA DUTRA - Enfermeira graduada pela Faculdade Ciências da Vida (2010), Especialização em Enfermagem em Urgência, Emergência e Trauma pelo PREPES PUC Minas (2012), Mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG (2014). Atualmente é enfermeira do Hospital Risoleta Tolentino Neves e docente do curso de enfermagem do curso de enfermagem do UNIFEMM.

KARLA RONA DA SILVA - Doutora em Biomedicina pelo Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte (2013). Mestre em Ciências da Saúde pela UNINCOR / Betim (2009). Especialista em Urgência e Atendimento pré-hospitalar Móvel pela Universidade Estácio de Sá/BH (2006). Possui graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2005). Atualmente é professora Adjunto II do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG) no Curso de graduação em Gestão de Serviços de Saúde. Professora e Sub-coordenadora do Curso de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Membro Titular no grupo de pesquisa do Núcleo de Gestão em Saúde (NUGES) e Núcleo de Estudos e Pesquisas em Urgência e Emergência (NEPEU) ambos da EE/UFMG; e no grupo de Pesquisa do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem e Saúde (NUPES), da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Pesquisadora

desenvolvendo estudos relacionados aos temas: Enfermagem; Serviços e profissionais de saúde; Liderança; Trabalho em equipe; Gestão de Pessoas; Tomada de Decisão; Urgência e Emergência. ORCID nº 0000-0003-0495-789X.

FERNANDA BATISTA OLIVEIRA SANTOS - Possui graduação em Enfermagem (2007), Especialização em Enfermagem Hospitalar (2010), mestrado em Enfermagem (2014) e doutorado em Enfermagem (2018) pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). É professora adjunta do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da UFMG, pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem (NUPEPE), Vice-Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Minas Gerais (ABEn MG) triênio 2016-2019; e Subcoordenadora do Centro de Memória da Escola de Enfermagem da UFMG (CEMENF). Vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Tutoranda) da Escola de Enfermagem da UFMG. Tem experiência com os seguintes temas: "Enfermagem no contexto histórico-social e profissionalização da enfermagem mineira e brasileira", "epistemologia do cuidado"; "Assistência de enfermagem sistemática a pacientes adultos"; "Assistência de enfermagem sistemática a pacientes em situações clínicas e cirúrgicas" e "Fundamentos do cuidado de Enfermagem".

KARINE LUCIANO BARCELOS - Enfermeira graduada pela Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS), pós graduada em Urgência e Emergência pela PUC - Minas ,mestre em Biotecnologia e Gestão da Inovação pelo Centro Universitário de Sete Lagoas, M.G., Coordenadora do curso de Enfermagem da Faculdade Ciências da Vida (FCV),membro do Núcleo Docente Estruturante e do Colegiado do curso de Enfermagem da Faculdade Ciências da Vida, docente no curso de enfermagem da Faculdade Ciências da Vida.

MATHEUS MEDEIROS E MELO - Graduado em Enfermagem- Universidade Presidente Antônio Carlos (2008) , Especialista em Enfermagem Intensiva de Alta Complexidade - Estácio de Sá (2015), Mestrado em Biotecnologia, Gestão e Inovação - UNIFEMM (em curso, término 2020); Docente de Pós-Graduação (Enfermagem em Urgência e Emergência, Terapia Intensiva), Docente de nível Técnico em Enfermagem, disciplinas: Enfermagem em Terapia Intensiva, Enfermagem em Urgência e Emergência, Tratamento Clínico, Enfermagem Cirúrgica, Enfermagem em Cardiologia e Saúde Mental)

Atena Editora
Ano 2022

GUIA PRÁTICO

TÉCNICAS DE ENFERMAGEM



www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena
Editora
Ano 2022

GUIA PRÁTICO

TÉCNICAS DE ENFERMAGEM



www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br